Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität
– Rheinische Landesklinik –
Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. Kurt Heinrich

KANÄLE PSYCHIATRISCHER HOSPITALISIERUNG

Aspekte der Epidemiologie und Ökologie zuweisender Instanzen und zugewiesener Klientel einer Psychiatrischen Klinik

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

MICHAEL BUSCHER

1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536528_0005

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität
– Rheinische Landesklinik –
Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. Kurt Heinrich

KANÄLE PSYCHIATRISCHER HOSPITALISIERUNG

Aspekte der Epidemiologie und Ökologie zuweisender Instanzen und zugewiesener Klientel einer Psychiatrischen Klinik

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades
eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

MICHAEL BUSCHER

1981

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. Straßburg

Referent
gez.: Prof. Dr. Haring

Korreferent
gez.:
Prof. Dr. Schadewaldt

HALT

		Seite
	Vorbemerkung	1
	Grundlagen und Schwierigkeiten psychiatrischer Epidemiologie und Ökologie	2
1.	Definition und Aufgabe epidemiologischer und ökologischer Forschung in der Psychiatrie	2
2.	Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie	5
2.1.	Der klassische Krankheitsbegriff	5
2.2.	Die Auseinandersetzung um das "Krankheitsmodell" der Psychiatrie	6
3.	Der Weg in die Psychiatrische Klinik	12
3.1.	Das Laiensystem	12
3.2.	Das professionelle System psychiatrischer Versorgung im vorklinischen Bereich	16
4.	Weitere Befunde psychiatrischer Ökologie und Epidemiologie	36
4.1.	Ökologische Untersuchungen	36
4.2.	Epidemiologische Untersuchungen	41
4.2.1.	Sozialschicht und psychische Störung	41

		Seite
2.	Darstellung der Ergebnisse	48
2.1.	Methodische Vorbemerkungen	48
2.1.1.	Das Untersuchungsfeld	48
2.1.3.	Datenerhebung	51
2.2.	Größendimension der von den Instanzen zugewiesenen Klientel	54
2.2.1.	Zur Zusammensetzung der Klientel	54
2.2.2.	Quantitative Bedeutung der Instanzenklientel	54
2.2.3.	Geschlecht und Einweisungsinstanz	55
2.2.4.	Patientenwohnsitz und Einweisungsinstanz	56
2.2.5.	Aufnahmezahl und Einweisungsinstanz	57
2.2.6.	Zusammenfassung und Erläuterung	58
2.3.	Ökologische Aspekte ärztlicher Versorgung in Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung der Nervenärzte	62
2.4.	Einweisungsinstanz und Schichtzugehörigkeit der zugewiesenen Klientel	7o
2.4.1.	Sozialstruktur der gesamten zugewiesenen Klientel	7o

		Seite
.2.	Sozialstruktur und Einweisungsinstanz	72
.2.1.	Schichtung der von Sachinstanzen, Personalen Instanzen und Ordnungsinstanzen zugewiesenen Klientel	72
.2.2.	Schichtung der Instanzenklientel und Geschlecht	73
.2.3.	Schichtung der Instanzenklientel und Patientenwohnsitz	74
.2.4.	Schichtung der Instanzenklientel und Aufnahmezahl	74
.2.5.	Schichtzugehörigkeit der Klientel einzelner Sachinstanzen	75
.3.	Zusammenfassung und Erläuterung	76
5.	Einweisungsinstanz und Einweisungsdiagnoseverteilung bei der zugewiesenen Klientel	83
5.1.	Vorbemerkungen	83
5.2.	Einweisungsdiagnosen der gesamten zugewiesenen Klientel	83
5.3.	Einweisungsdiagnosen und Einweisungsinstanz	86
5.3.1.	Einweisungsdiagnosen bei der von Sachinstanzen, Personalen Instanzen und Ordnungsinstanzen zugewiesenen Klientel	86

Seite

2.5.3.2. Einweisungsdiagnosen der Instanzklientel und Geschlecht, Wohnsitz sowie Aufnahmezahl 88

2.5.3.3. Einweisungsdiagnosen der Klientel einzelner Sachinstanzen 88

2.5.4. Zusammenfassung und Erläuterung 91

2.6. Einweisungsdiagnose und soziale Schicht 97

2.6.1. Einweisungsdiagnose und Schicht in der Gesamtklientel 97

2.6.2. Einweisungsdiagnose und Schicht in der Instanzenklientel 98

2.6.3. Zusammenfassung und Erläuterung 99

2.7. Resumee und Schlußfolgerungen 1o2

Anhang

Tabellen

Literaturverzeichnis

orbemerkung

ie folgende Untersuchung ist Teil eines Globalprojek-
es an der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziolo-
ie der Psychiatrischen Klinik der Universität Düssel-
orf - Rheinische Landesklinik -, in dem unter Leitung
on Herrn Dipl.-Sozialwirt Ulrich MÜLLER

- Zuweisungsinstanzen
- Patientenstruktur
- Diagnosen
- Aufnahme- und Entlassungsmodus
- Krankenhausverweildauer
- saisonale Aufnahmeschwankungen

einer während eines Kalenderjahres in die Klinik aufge-
ommenen Klientel analysiert werden sollen. Schwerpunkte
ieser Dissertation bilden Aspekte vor allem des ersten,
ber auch des zweiten und dritten Themenkomplexes.

ür die Überlassung des Themas danke ich Herrn Professor
r. Kurt HEINRICH, dem Direktor der Klinik, für die ab-
chließende Durchsicht und Korrekturhinweise Herrn
rofessor Dr. Claus HARING.

1. Grundlagen und Schwierigkeiten psychiatrischer Epidemiologie und Ökologie

1.1. Definition und Aufgabe epidemiologischer und ökologischer Forschung in der Psychiatrie

Die Vorlage psychiatrischer epidemiologisch-ökologischer Forschungsergebnisse erfordert aus zweierlei Gründen eine über das übliche Maß hinausgehende Einführung in die Thematik. Erstens ist mit der rapiden Zunahme statistischer Untersuchungen gerade auch auf diesem Gebiet die Skepsis gegenüber oft vorschnell gezogenen Schlüssen gewachsen. Zweitens - und das betrifft neben dem nahezu allgemeinen Mißtrauen gegenüber der Statistik spezifisch die Psychiatrie - sind eine Vielzahl von Voraussetzungen, aus denen sich erst Hypothesen und Fragestellungen ableiten, erheblich ins Wanken geraten.

Verliert man den Kontext aus den Augen, in dem noch so "harte Fakten" gewonnen werden, so bleibt die Forschung unverständlich oder - schlimmer noch - mißverständlich. Versucht nun der "Praktiker" mit derartigen Ergebnissen versehen die ihm vorliegenden Probleme zu lösen, ist der Leidtragende schnell auszumachen: der "Patient".

In den letzten Jahren hat sich in der BRD eine zunehmende Öffnung der Medizin zur Psychologie und Soziologie abgezeichnet, die sich - wenn auch vielfach noch zögernd - beispielsweise in der Etablierung medizinsoziologischer Lehrstühle an den medizinischen Fakultäten dokumentiert.

Nach Johannes SIEGRIST bedeutet Medizinsoziologie "die Anwendung soziologischer Begriffe, Hypothesen und Methoden beim Studium von Problemen medizinischen Handelns und Wissens sowie bei der Analyse der Institutionen des Gesundheitswesens und ihrer Zielgruppen (Patienten)" (1975, S.5). Christian von FERBER spricht von der Ausrichtung der Soziologie auf ein spezifisches Problem:

Ir haben es als ein Problem der Abstimmung unter den
elsetzungen verschiedener gesellschaftlicher Positio-
n definiert, der der Therapeuten und ihrer Einrichtun-
n sowie der der Forscher und ihrer Institutionen" (1975,
87).

Rahmen der Medizinsoziologie sieht SIEGRIST nun "Epi-
miologie und Ökologie als Lehre von der Verteilung von
ankheiten über räumliche, zeitliche und soziale Konti-
a" (1975, S. 88). Eine weitergehende Definition, die
n Heinz HÄFNER angeregt wurde, gibt Rainer WELZ, der
nter Epidemiologie die Untersuchung über die Morbidi-
t bestimmter Erkrankungen in definierten Populationen
d der ökologischen und sozialen Faktoren, die auf Er-
ankungsrisiken und Widerstandsfaktoren, auf Verteil-
ngsmuster, Verlauf und Ausgang der Erkrankung Einfluß
hmen" (1975, S. 19o) versteht. WELZ bezieht demnach die
age nach der Ätiologie der Morbidität mit in den Auf-
benbereich der Epidemiologie ein. Ökologie als spezielle
agestellung der Epidemiologie - so Manfred PFLANZ - befaßt
ch mit "der unterschiedlichen räumlichen Verteilung von
ankheitsverhalten ..., und zwar der räumlichen Vertei-
ng innerhalb eines geographisch definierten Großraumes"
973, S. 127). Eine Disziplin, "die sich mit dem Studium
n Menschen innerhalb ihrer historisch sozialen Umwelt
schäftigte" und "als Begriff die sozioökonomischen und
ziokulturellen Aspekte der menschlichen Umwelt" beinhal-
, nennt Wolf-Dieter MICHAELIS (1973, S. 78) die Human-
ologie, womit sich die Grenze zur Epidemiologie ver-
scht. Die Schwierigkeit der Grenzziehung zwischen ein-
lnen Fachrichtungen bzw. Forschungsansätzen scheint
um überwindbar, spiegelt sie doch die Interdependenzen
der zu analysierenden Realität wieder.

Bald nicht mehr in seiner Bedeutung faßbar ist allerdings der Begriff der Sozialpsychiatrie bzw. sozialen Psychiatrie, der beispielsweise von Walter SCHULTE und Rainer TÖLLE (1975, S. 3) und Hans STROTZKA (1972, S. 15) in engem Zusammenhang zur Epidemiologie gesehen wird. Definieren Fredrick REDLICH und Daniel FREEDMAN "Sozialpsychiatrie als das Studium der Wirkung der sozialen Umwelt auf Ätiologie und Behandlung anormalen Verhaltens" im Unterschied zur auf praktische Methoden bedachten "Gemeindepsychiatrie" (1966 dt. 1976, S. 1127), so beziehen SCHULTE und TÖLLE (1975, S. 2) gerade die Praxis in ihre Definition ein. Klaus DÖRNER meint "der Begriff Sozialpsychiatrie (sei; d.V.) nur als kritischer Begriff sinnvoll, als Protest gegen eine Psychiatrie, die ihrem Anspruch nicht entspricht" (1973, S. 8).

Mit der Beliebtheit des Attributs "sozialpsychiatrisch" wird wohl gleichfalls die Unsicherheit über dessen inhaltliche Füllung weiter zunehmen. Die vorliegende Arbeit versteht sich am ehesten als epidemiologisch (-ökologische) Studie. Im Sinne der HÄFNER'schen Definition stehen in ihrem Mittelpunkt die psychiatrische Morbidität in einer durch die Versorgungsfunktion eines Großkrankenhauses definierten Population sowie einige ökologische und soziale für Ätiologie, Auftreten und Verlauf der "Krankheiten" relevante Einflußgrößen.

1.2. Der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie

1.2.1. Der klassische Krankheitsbegriff

Psychiatrische Hospitalisierung ist, wie sie sich heute darstellt, nicht zu trennen von vorausgehenden Klassifizierungsvorgängen. Hierbei kommt der Differenzierung "gesund-krank" zentrale Bedeutung zu. Menschen werden "krank geschrieben" oder fühlen sich "krank", haben eine "Krankengeschichte", einen "Krankenschein" und gelangen schließlich in ein "Krankenhaus".

In kaum einer anderen medizinischen Disziplin hat jedoch der Krankheitsbegriff ähnlich starke Kontroversen ausgelöst wie in der Psychiatrie. Diese ist ohne eine rückblickende Erläuterung des "klassischen" Krankheitsbegriffs nur schwer verständlich. Als klassisch bezeichnen wir mit Horst BAIER (1967) einen "für die naturwissenschaftliche Medizin typischen und brauchbaren Krankheitsbegriff", der -somatisch orientiert- Umwandlungsprozesse innerhalb moderner Industriegesellschaften und die zunehmende Kenntnis soziogener Determinanten menschlichen Verhaltens unberücksichtigt läßt. Drei Aspekte gehen nach BAIER in die "klassische" Definition ein:

1. Mit Krankheit wird "ein naturhaftes Ereignis im körperlichen Bereich des Menschen bezeichnet, das neben seiner subjektiven Wohlbefindlichkeit seine objektive Funktionsfähigkeit beeinträchtigt".

2. Sie stellt ein "für menschliche Erkenntnis und Behandlung niemals voll determiniertes Körpergeschehen dar", dessen "Kausalitätsketten" trotz allen Bemühens nie bis in die letzten Gründe in den Griff zu bekommen seien.

3. Der Krankheitsprozess ist ein Geschehen, das "prinzipiell willensunabhängig auftritt und teilweise auch verläuft" (S. 44f).

Zusammenfassend spricht BAIER vom "naturhaften, zufälligen und willensunabhängigen Krankheitsereignis". Aufgrund der historisch gewachsenen sowohl organisatorischen wie ideologischen Verflochtenheit der Psychiatrie mit der sogenannten "organisch-naturwissenschaftlichen" Medizin verwundert es nicht, daß wesentliche Elemente des klassischen Krankheitsverständnisses übernommen wurden. Ein derartiges "in Analogie zur Medizin" und durch "Transfer von Erkenntnissen aus der Medizin" geformtes Krankheitsverständnis, das mittlerweile neben somatischen psychodynamische, innerhalb des Individuums ablaufende Prozesse als Ursache "psychopathologischen" Verhaltens annehme, nennt Heinrich KEUPP (1972b) "Krankheitsmodell" bzw. "medizinisches Modell" (S. 67).

1.2.2. Die Auseinandersetzung um das "Krankheitsmodell" der Psychiatrie

Im Rahmen einer soziologisch orientierten Arbeit über Zuweisungsprozesse im Vorfeld einer psychiatrischen Klinik scheint auf den ersten Blick ein Standpunkt von besonderem, in letzter Zeit auch öffentlichem Interesse, der in einem von KEUPP herausgegebenen Sammelband angloamerikanischer Aufsätze thematisiert wurde. KEUPP faßt die Diskussion um das Krankheitsmodell folgendermaßen zusammen: "Das Krankheitsmodell behandelt psychische Störungen als medizinische Probleme, obwohl sie ihrer Natur nach psychozoziale Probleme sind, und wird damit seinem Gegenstand nicht gerecht" (1972a, S.V).

Der auch von KEUPP verwendete Begriff des Krankheitsmythos geht zurück auf den 1960 von Thomas S. SZASZ veröffentlichten Artikel "The myth of mental illness.", wo der amerikanische Psychoanalytiker und Professor für Psychiatrie behauptet, "daß der Begriff der seelischen Krankheit ein Mythos ist, der die Funktion hat, die bittere Pille moralischer Konflikte in menschlichen Beziehungen zu verkleiden und damit schmackhafter zu machen" (dtsch. in KEUPP, 1972a, S. 5 .

Nach SZASZ befassen sich Psychiater nicht mit geistig-seelischen Krankheiten, sondern vielmehr "mit persönlichen, sozialen und ethischen Lebensproblemen" (1961 dt. 1972, S. 29o).

Obwohl, so David MECHANIC (1969 dt. 1975, S. 18), die "Verwendung der Metapher des Mythos" wenig dazu beitrage, eine vernünftige und rationale Debatte zu entfachen, wurde sie zum Ausgangspunkt einer ernsthaften Auseinandersetzung. Persönlichkeitsstörungen seien doch eine Krankheit, behauptete in Erwiderung auf SZASZ wenig später beispielsweise David P. AUSUBEL (1961 dt. 1972, S. 57-69). Einem Symptom müsse nicht unbedingt eine körperliche Schädigung zugrundeliegen, um als Manifestation einer Krankheit zu gelten. Der von SZASZ gesehene Widerspruch, daß einerseits kulturelle und ethische Normen als Kriterien für psychische Krankheiten angewendet würden, andererseits eine medizinische Behandlung erfolgte, sei unhaltbar, da in allen Symptomen körperlicher Krankheit subjektive Urteile - z.B. bei der unterschiedlichen Einschätzung von Schmerz - steckten. Des weiteren könnten psychische Symptome sowohl als Ausdruck von Lebensschwierigkeiten als auch als Manifestation einer Krankheit betrachtet werden. Die Frage der Verschuldung von Symptomen sei für die Behandlung ohnehin größtenteils irrelevant und tue der Realität der Krankheit keinen Abbruch.

Nach der "ersten Runde des direkten Schlagabtauschs" (KEUPP, 1972a, S. 7o) bringt Albert ELLIS (1967 dt. 1972) den Aspekt sozialer Wertungen des Etiketts "psychisch krank" in die Diskussion ein und schlägt zur Aufhebung der Nachteile des Krankheitsbegriffs vor: "Wir müssen uns alle - einschließlich der Fachleute - dazu erziehen, "emotional kranke" Menschen ohne unnötige Einschränkung zu akzeptieren, sie nicht verurteilen oder bestrafen zu wollen" (S. 89f). Die Aufhebung negativer Wertungen psychischer Krankheit ermögliche eine durchaus sinnvolle weitere Verwendung des Krankheitsbegriffes.

Die ELLIS'sche Trennung in Vorteile und Nachteile des Krankheitsbegriffs kann von Theodore R. SARBIN nicht nachvollzogen werden. Aufgrund historischer, linguistischer und pragmatischer Überlegungen kommt er zu dem Ergebnis, "daß das Etikett "psychische Krankheit" aus unserem Vokabular gestrichen werden sollte. Aufgrund der in dieser Bezeichnung enthaltenen Implikationen sagen logische Argumente an sich schon die soziale Diskriminierung und Selbstabwertung voraus, die sich aus der Errichtung sozialer Institutionen zur Absonderung, Unterbringung, Behandlung, Führung und Besserung von Individuen ergibt, die die Norm verletzen" (1967 dt. 1972, S. 1o4).

Talcott PARSONS, einer der Pioniere der Medizinsoziologie, weist unter Beibehaltung des Begriffs psychischer Krankheit darauf hin, daß dieser "im Zusammenhang der sozialen Rollenerfüllung des Individuums definiert werden müsse" (1964 dt. 1977, S. 324). Das Problem psychischer Krankheit entstehe durch die Unfähigkeit zur Erfüllung eben dieser Rollenerwartungen. Selbst wenn Krankheit zunächst ein "Zustand des Individuums" sei, werde er erst beim Kontakt zwischen Krankem und mit ihm in Beziehung stehenden Personen manifest und problematisch.

Als letzter Beitrag der angloamerikanischen Diskussion um das Krankheitsmodell, die in diesem Rahmen nicht einmal annähernd vollständig dargestellt werden kann, sei Thomas J. SCHEFFs Versuch genannt, zur Formulierung einer Theorie beizutragen, die soziale Prozesse in die Dynamik psychischer Störungen aufnimmt. SCHEFF hält es für "zweckdienlich, die aus diesem Krankheitsbegriff abgeleiteten Termini zugunsten eines gebräuchlichen soziologischen Begriffs, nämlich abweichendes Verhalten, fallen zu lassen, womit ein Verhalten gekennzeichnet wird, das die soziale Norm in einer gegebenen Gesellschaft verletzt" (1963 dt. 1972, S. 139). Nicht jedes abweichende Verhalten führe zur Bezeichnung "psychisch krank".

ür viele Formen der Abweichung liefere unsere Gesellschaft
edoch explizite Bezeichnungen, so z.B. Verbrechen, Perver-
ion etc. Wo diese Bezeichnungen nicht zur Verfügung stün-
en, erkläre man Menschen für psychisch krank. SCHEFF spricht
eshalb von "residualer Abweichung" und formuliert neun
ypothesen. Erstens habe residuale Abweichung grundsätzlich
erschiedene Ursprünge, u.a. organische und willensmäßige.
weitens wird sie häufig nicht erfaßt und - damit verbun-
en - drittens meistens "verleugnet" und besteht zumeist
icht fort. Die Frage, wann nun abweichendes Verhalten "in
ine abweichende Karriere einmündet" und somit "stabil"
ird, beantwortet SCHEFF mit der Hypthese, "daß der wich-
igste (aber nicht der einzige) Einzelfaktor für die Sta-
ilisierung der residualen Abweichung die Reaktion der
esellschaft ist" (S. 143). SCHEFF geht (viertens) davon
us , daß bereits in der frühen Kindheit stereotype Vor-
tellungen über psychische Störungen gelernt werden,
ie dann (fünftens) im Alltag unabsichtlich laufend ver-
tärkt werden. Einmal als abweichend etikettierte In-
ividuen werden belohnt (sechstens), wenn sie sich der
bweichenden Rolle entsprechend verhalten, und bestraft
siebtens), wenn sie versuchen zu ihrem alten Status
urückzukehren. Die achte Hypothese beinhaltet, daß "in
er Krisensituation, die dann eintritt, wenn eine primäre
bweichung ein offizielles Etikett erhält", aufgrund der
etzt großen Beeinflußbarkeit des Individuums dieses "die
ngebotene Rolle des Geisteskranken als die einzige mög-
iche akzeptieren" (S. 151) kann. Neuntens "ist die
tikettierung die einzige bedeutende Ursache für den
linischen Verlauf der residualen Abweichung" (S. 153). Die
tarke Betonung des Etikettierungsprozesses führte zur
ezeichnung "labeling approach" für SCHEFFs Ansatz.

ie gesellschaftliche Etikettierung des "Aus-der-Rolle-
allens" (KEUPP, 1976), der Norm- und Regelverletzungen
es zu etikettierenden Individuums - von SCHEFF als
ichtigster Stabilisierungsfaktor der Abweichung betrach-
et - tritt, wie KEUPP später zusammenfaßt, "dann auf,
enn Kommunikationsstrukturen prinzipiell zum Problem

geworden sind und durch Normalisierungsstrategien nicht mehr in den Zustand konsensfähiger Selbstverständlichkeiten gebracht werden können" (KEUPP, 1976, S. 86). In dieser "labilisierten und komplizierter gewordenen" Situation kommt es schließlich aufgrund des allgemeinen "Bedürfnisses nach Stabilisierung und Normalisierung zu "Scheinlösungen", häufig auf Kosten des schwächsten Gruppenmitglieds (S. 86). Bei entsprechender Disposition dieses Individuums geht dieses Labeling später in offizi le Etikettierung durch professionelle Instanzen über. Einen ernstzunehmenden Einwand gegen den "labeling appro führt MECHANIC an: "Niemand würde bestreiten, daß sozial Etikettierungen tiefgreifende Auswirkungen auf die Indiv duen haben können, aber es gibt nur wenige Beweise dafür daß solche Etikettierungsprozesse wirklich so mächtig si daß sie als hauptsächliche Faktoren bei der Entstehung chronischer psychischer Krankheit betrachtet werden können". (1969 dt. 1975, S. 56).

Johann GLATZEL, in seinem "Versuch einer Darstellung all gemeiner Psychopathologie" darum "bemüht, sich dem Einfl aller Wissenschaften vom Menschen offenzuhalten"(1978, S. VII), bestreitet den Wert des Labeling-Ansatzes für d Psychiatrie nicht: "Mit seiner Hilfe kann das Verlaufsstudium seelischer Erkrankungen wesentlich gefördert wer den, er liefert Ansätze zu einer rationellen Therapie un Prophylaxe und darf als ein wichtiger Beitrag zur Dunkelzifferforschung betrachtet werden." (S. 85)

Nicht zuletzt auf dem Hintergrund der Frage, ob und wie zwischen deliktischer und psychopathologisch relevanter Verhaltensabweichung zu unterscheiden sei, sieht GLATZEL zwei auch durch SCHEFFs Annahme residualer Abweichung ungenügend behandelte Probleme:"Welche Regeln müssen von einem Menschen verletzt werden, damit er in die Gefahr gerät, beispielsweise als Schizophrener identifizie bzw. etikettiert zu werden? Wer hat sie formuliert und wer kontrolliert ihre Einhaltung?" (S. 86)

uch GLATZEL ist "psychopathologisch relevantes abweichen-
s Verhalten ... zum einen durch seinen Widerspruch zu
n sozialen Innenkriterien (zwischenmenschlicher Bezie-
ung, d.V.) gekennzeichnet und zum anderen dadurch, daß
r Regelverletzer weder durch flankierende Information
gnalisiert, daß er sich eines Normverstoßes bewußt ist,
ch daß er mitteilt, was ihn zu diesem Vertrauensbruch
ranlaßte". (S. 132)

eziehe man sich allein auf Art und Ausmaß der Verhaltens-
örung und damit unter Vernachlässigung von Anlaß und
otiv der Auffälligkeit auf ein soziales Außenkriterium,
elinge die Differenzierung psychischer Abnormität von
nderen Devianzformen nicht. Demgegenüber gewinne eine
oziale Interaktion durch ein "Ensemble sozialer Innen-
riterien", das nur in der Beziehung zwischen zwei oder
ehreren Partnern wirksam werde und diese strukturiere
ihren besonderen und ggf. einmaligen Charakter" (S. 13o).
as thematische Kriterium lege beispielsweise fest, wel-
ner Gegenstand Thema der Beziehung sei und daß ein Themen-
echsel nur in gegenseitiger Übereinstimmung erfolgen dür-
e. Das Nichtbeachten dieses Kriteriums werde als Ver-
rauensbruch erlebt und bei fehlender Zusatzinformation
es Regelverletzers im oben genannten Sinne psychopatholo-
isch relevant. Auf die Darstellung weiterer Innenkriterien
uß im gegebenen Rahmen verzichtet werden.

uch der Psychopathologe GLATZEL glaubt, ohne schwerwie-
ende Nachteile auf die Begriffe krank, krankhaft und
rankheit verzichten zu können: "Nicht nur für die Psycho-
athologie, auch für die Psychiatrie ist der zentrale Be-
riff derjenige des Abnormen." (S. 25o) Einen statistischen
ormbegriff, der gesellschaftlich vermittelte und geprägte
orstellungen von einem normgerechten Verhalten wieder-
piegele und u.a. die Gefahr der Gleichsetzung von Norma-
ität mit Konformität beinhalte, hält GLATZEL in diesem
usammenhang für ebenso unbrauchbar wie einen biologischen.
bnormität in der Psychopathologie könne unabhängig davon,
b es sich um - vom anderen grundsätzlich für unmöglich
der in der aktuellen Situation für nicht erfahrbar ge-
altene - qualitative oder quantitative Abweichung handle ,

"nur individuelle Abnormität meinen".(S. 143) Norm sei "gegeben durch die Art und Weise des Erfassens von Welt und Mitmenschen, sowohl durch den Untersucher als auch durch den Patienten außerhalb seiner Krankheit" (S.142).

Bei der Frage nach der Ätiologie von Verhaltensauffälligkeiten führt GLATZEL unter bewußter Vermeidung medizinisch-pathologischer Termini den seiner Meinung nach an die wenigsten Vorannahmen geknüpften Begriff der "Bedingungskonstellationen" ein, den er bewußt im Plural benutzt. GLATZEL wehrt sich sowohl gegen einen "einlinig somatologischen Ansatz" als auch gegen einen "radikal soziogenetischen", in dem bei Annahme einer "reinen Täter-Opfer-Beziehung zwischen der Gesellschaft und dem einzelnen" psychische Abnormität exekutiert werde (S. 19o f.).

GLATZEL zusammenfassend: "Ebenso wie ein jedes Verhalten stets als die Resultante mehrerer Determinanten unterschiedlichen Gewichts aufzufassen ist, wird man auch bei der psychischen Abnormität immer eine mehrfache Bedingtheit anzunehmen haben" (S. 183).

Zusammenfassend sollte in diesem Abschnitt der Versuch unternommen werden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige Aspekte der Kontroverse um Definition und Bedingtheit jener Form abweichenden Verhaltens darzustellen, die auch heute noch weitgehend als psychische Krankheit bezeichnet wird. Diese Kontroverse ist nach wie vor nicht abgeschlossen. Im Zusammenhang epidemiologischer Forschung kann auf die Reflexion des Krankheitsmodells deshalb nicht verzichtet werden, weil erstens, wie oben bereits angedeutet, der "Gegenstand" der Untersuchung in vielen Fällen der sogenannte "psychisch Kranke" ist und zweitens diese Reflexion das Verständnis vieler die Untersuchungsergebnisse bestimmenden Einflußgrößen erleichtert oder erst ermöglicht.

1.3. Der Weg in die Psychiatrische Klinik

1.3.1. Das Laiensystem

Die Entscheidung, welche Menschen in psychiatrische Behandlung kommen, wird gesteuert durch lange vorher einsetzende "sozialpsychologische und soziologische Selektionsmechanismen" (GLEISS et al., 1973, S. 113), die sich zunächst auf der Ebene des Laiensystems abspielen, "das als Filterungs- und Steuerungsorgan der medizinischen Versorgung vorgeschaltet ist" (v.FERBER, 1975, S. 123) und "ein Netzwerk von Nachbarschaftsbeziehungen, von nicht professionellen und professionellen Laienratgebern, von Einflüssen der Massenkommunikationsmittel"(PFLANZ, 1975, S. 19) darstellt, dem aber nicht zuletzt auch der zukünftige Patient selbst zuzurechnen ist. Die"Patientenkarriere" (GOFFMAN, 1959 dt. 1972) geht auf bereits vor dem Erkennen "psychischen Krankseins" ablaufende Vorgänge im "sozialen Nahfeld" (FELDMAN, 1975, S. 2o9) zurück, das sich aus Familienangehörigen, Arbeitskollegen, Freunden und anderen nahestehenden Interaktionspartnern bildet. MECHANIC hat einige für das Erkennen und die Definition psychiatrischer Störungen wichtige Faktoren zusammengestellt. Neben der Sichtbarkeit der Symptome, dem Ausmaß, in dem die Person die Symptome als ernst wahrnimmt, dem Ausmaß in dem der Umkreis des "Patienten" in Mitleidenschaft gezogen wird, führt MECHANIC die Häufigkeit des Auftretens der Symptome, die Toleranz der Umwelt, die Information und das Wissen derer, die die Symptome beurteilen, sowie das Ausmaß autistischer psychischer Prozesse an. Weiterhin seien von Bedeutung das Vorhandensein von im Widerspruch zur Übernahme der Krankenrolle stehenden Bedürfnissen, die Möglichkeit konkurrierender Interpretationen der Symptome sowie schließlich die Verfügbarkeit über Behandlungsresourcen (1969, dt. 1975, S. 81).

Die genannten Faktoren beeinflussen das weitere Verhalten der als "psychisch krank" definierten Person und ihrer Umwelt, ein Verhalten, das MECHANIC als "illness behavior", PFLANZ jedoch lieber als "Gesundheitsverhalten" bezeichnet, da dieser Begriff "den ganzen Komplex von Motiven, Entscheidungen und Aktionen umfaßt, die auf Gesundheit und Krankheit bezogen sind" (1967, S. 283). Im Gesundheitsverhalten lassen sich charakteristische Differenzen "nach Bildungsgrad, Sozialschicht, Hautfarbe, Volkstum, Konfession, Art der Krankenversicherung und Alter" (PFLANZ, 1967, S. 284) feststellen.

Bevor jedoch einzelne Einflußfaktoren auf das Gesundheitsverhalten näher analysiert werden können, einige Anmerkungen zur Einstellungsforschung: Aus der Erforschung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken, erhoffte man, einen Einstieg in das Verständnis unterschiedlicher Verhaltensweisen im Umgang mit psychischer Abnormität gewinnen zu können. Diese Erwartungen werden gedämpft, da, so Harald FELDMAN, erstens die Validität der Untersuchungen außerordentlich problematisch ist, sich zweitens die "wichtige Frage nach der Übereinstimmung zwischen Einstellung und Sozialverhalten" stellt und drittens mit der Frage nach Geisteskrankheit insgesamt ein zu grobes Raster verwandt wird (1975, S. 212 f.). Wolfgang STUMME äußert den Verdacht, daß mit der Vorurteilsforschung "ein Alibi für die gegenwärtige Anstaltpsychiatrie produziert wird, längst überfällige notwendige Reformen nicht in dem erforderlichen Maß in die Wege geleitet zu haben" (1973, S. 397). Berücksichtigt man diese Einwände, wird man die Ergebnisse vorsichtiger interpretieren; darauf zu verzichten, schiene mir jedoch unmöglich.

Von den bei PFLANZ genannten das Gesundheitsverhalten beeinflussenden Faktoren sei hier die Sozialschicht besonders hervorgehoben.

Für "eine der eindrucksvollsten Leistungen psychiatrischer Epidemiologie" hält Michael SHEPHERD den "Nachweis, daß selbst in hochentwickelten Ländern nur ein Bruchteil aller psychischen Störungen von psychiatrischen Einrichtungen erfaßt wird" (1975, S. 128 f.). Das Meiden psychiatrischer Institutionen variiert mit der Schichtzugehörigkeit: "Der Erkrankte aus dem sozial unterprivilegierten Milieu tritt weit seltener in Behandlungskontakt als der Mittelschicht- und/oder Oberschichtangehörige, und er tritt generell später in Behandlungskontakt"(PAROW, 1972, S. 41). GLEISS et. al. weisen in diesem Zusammenhang auf die bei Personen unterer Schichten zu findende Ablehnung gegenüber den Institutionen hin, die eine reale Basis in der schlechteren Behandlung dieser Menschen aufweise (1973, S. 122 f.). Weiterhin spielt die soziale Distanz zwischen "Patient" und "Therapeut" eine nicht zu unterschätzende Rolle (PFLANZ, 1967; SCHWAB, 1971; v.FERBER, 1975). Demgegenüber erkennen Angehörige privilegierter Gruppen "mehr psychopathologische Abweichung als psychische Krankheit und empfehlen entsprechende Behandlungseinrichtungen, je besser ihre Ausbildung ist" (REIMANN, 1969, S. 92). Schließlich wird zur Erklärung unterschiedlicher Inanspruchnahme medizinischer Dienste noch die mehr oder weniger vorhandene Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten herangezogen. August B. HOLLINGSHEAD und Frederik C. REDLICH glauben beispielsweise, "that far more abnormal behavior is tolerated by the two lower classes, particulary class V, without any awareness that the motivations behind the behavior are pathological, even though the behavior may be disapproved by the class norms" (1958, S. 172 f.). Im Gegensatz dazu kommen Bruce P. DOHRENWEND und Edwin CHIN-SHONG in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, daß Unterschichtangehörige zwar eine engere Definition abweichenden Verhaltens vornehmen, dann allerdings einmal

als psychisch krank definierter Abweichung deutlich intoleranter gegenüberstehen als höhere Schichten (1967, S. 432 f.). Örnuly ÖDEGARD zum Toleranzproblem: "Some authors blame upper or middle class people für lack of tolerance, while others praise them for the opposite attitude" (1975, S. 158).

In einer neueren Untersuchung ist die Bedeutung positiver Einstellungen zu psychischer Krankheit für die Motivation, spezielle psychiatrische Behandlung aufzusuchen, unterstrichen worden (LETHINEN u. VÄISÄNEN, 1978). Inwieweit allerdings die Schichtzugehörigkeit als wesentlicher Faktor angesehen werden kann, ist umstritten: Joan BROCKMAN und Carl D'ARY (1978) sehen beispielsweise das Alter als vorherrschende Einflußgröße an, bestreiten jedoch auch nicht die starke Bedeutung des Ausbildungsgrades.

Es sollten einige Aspekte der Patientenkarriere, bevor diese von der Laienebene in Bahnen professioneller psychiatrischer Versorgung einmündet, dargestellt werden. Die Patientenkarriere scheint je nach sozialem Status des sogenannten Patienten unterschiedlich zu verlaufen, wobei Unterschichtangehörigen die schlechteren "Heilungschancen" zufallen.

Es sei allerdings daran erinnert, daß in die Überlegungen um das "Gesundheits-" bzw. "Krankheitsverhalten" die im vorausgegangenen Kapitel skizzierte Diskussion um den Krankheitsbegriff einzubeziehen ist im Sinne einer Reflexion bereits in einzelne Fragestellungen einfließender Prämissen.

1.3.2. Das professionelle System psychiatrischer Versorgung im vorklinischen Bereich

Die Trennung zwischen einem nicht-professionellen und einem professionellen System, über das eine Person schließlich in eine psychiatrische Klinik gelangt, trägt eher dem Bedürfnis nach systematisierender Darstellung Rechnung als der Realität von Hospitalisierungsprozessen, wo sich beide Ebenen beeinflussen und vielfach ineinander verzahnt sind. Insofern darf es nicht verwundern, wenn einige der im folgenden genannten Punkte auch im Rahmen der Diskussion um das Laiensystem hätten erläutert werden können und umgekehrt.

Anders als im "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland" (1975), in dem Beratungsstellen, Gesundheitsämter, Allgemeinmediziner und nicht psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch ausgebildete Fachärzte zum "Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch/psychosomatischer sowie rehabilitativer Dienste" gerechnet werden, sollen hier nicht zuletzt aufgrund ihrer Bedeutung für die Zuweisung von "Patienten" in eine Anstalt als professionelles System psychiatrischer Versorgung alle diejenigen bezeichnet werden, die auf der Basis ihrer Qualifikation, ihrer gesellschaftlich definierten Funktion oder gesetzlicher Regelungen mit "psychisch Kranken" zu tun haben, auch wenn ihre Aufgabe sich lediglich auf die Weiterleitung an andere Dienste beschränkt.

Die Darstellung dieses Systems soll hier vom Standpunkt der psychiatrischen Klinik aus erfolgen,und zwar unter besonderer Berücksichtigung jener Institutionen, die durch Über- bzw. Zuweisungsprozesse wesentlich die Zusammensetzung der Klinikklientel beeinflussen. Es handelt sich dabei einerseits um Ärzte

in freier Praxis oder im Krankenhaus bzw. Gesundheitsamt und andererseits um Gerichte und Ordnungsbehörden. Ärztlichen Versorgungsinstitutionen kommt eine "funktionale Dominanz" (PFLANZ, 1975, S. 251) im Gesundheitssystem nicht nur der Bundesrepublik zu. Eine allen diesen Instanzen wohl gleichermaßen zuzuschreibende Eigenschaft dürfte wohl das sein, was PFLANZ (1967) den "Sog der Institutionen" (S. 287) nennt. "Das Angebot an medizinischen Leistungen schafft seine eigene Nachfrage" (v. FERBER, 1975, S. 62), d.h. eine Vermehrung der Ärzte führt bisher nicht zu einer Verminderung der Fälle in einer Praxis. Ein besonders starker "Sog" wird auf die unmittelbare Umgebung ausgeübt. Eine Vielzahl von Untersuchungen hat ergeben, daß Patienten in der Regel die in ihrer nächsten Umgebung angesiedelte Einrichtung aufsuchen (PFLANZ et al., 1967; LAINE und LETHINEN, 1973; DILLING et al., 1975). Allerdings stellten PFLANZ et al. bei ihrer Befragung von Poliklinikpatienten eines Allgemeinkrankenhauses Unterschiede nach Bildung, Beruf sowie städtischem oder ländlichem Wohnsitz fest (S. 295): Dorfbewohner, Personen mit Volksschulbildung und Landwirte gehen beispielsweise häufiger zum nächst wohnenden Arzt. Wenn"wenig fachliche Maßstäbe für den Entschluß zur Wahl eines bestimmten Arztes" (PFLANZ, 1975, S. 36) führen, darf vermutet werden, daß der nächstgelegene Arzt häufig auch unabhängig von seiner eigentlichen Fachrichtung in Anspruch genommen wird.

Ärztliche Einrichtungen verteilen sich nicht zufällig über eine Region: "Im Gegensatz zur gleichmäßigen Verteilung der Allgemeinärzte konzentrieren sich die Fachärzte stark auf Mittel- und Großstädte" (HÄUSSLER, 1975, S. 182). Gleichfalls in den Städten konzentriert sind Krankenhäuser. Wir haben hiermit einen der Faktoren gefunden, die eine freie Arztwahl limitieren.

Daneben werden wirksam: der Wissenstand des Patienten; fehlende Vergleichsmöglichkeiten; emotionale Barrieren, sich erneut einem Arzt gegenüber zu offenbaren; leichteres Erreichen von Leistungen als Dauerpatient (PAUL u. STEIN, 1975, S. 2o2). Die ohne vorherige Überweisung durch einen anderen Arzt von einem Patienten in Anspruch genommene Betreuung nennt Siegfried HÄUSSLER "primärärztliche Versorgung". Sie erfolgt heute nicht mehr ausschließlich durch praktische Ärzte, sondern zunehmend auch durch Internisten, Kinderärzte und Frauenärzte (HÄUSSLER, 1975, S. 178 f.). Ärzte in freier Praxis (in der BRD laut DEUTSCHEM ÄRZTEBLATT am 1.1.1976 ca. 51.ooo, davon die Hälfte Allgemeinmediziner) behandeln 9o bis 98 % aller Kranken, die einen Arzt aufsuchen, was Hans-Ulrich DEPPE vom "Monopol der ambulanten ärztlichen Versorgung" (1976, S. 72) sprechen läßt. Hat sich der Patient für einen behandelnden Arzt entschieden, so setzen Selektionsmechanismen auf seiten des Arztes ein: er "wählt sich seinen oder seine Patienten und stößt andere von sich, etwa aus Gründen seiner spezialärztlichen Kompetenz oder aus Ökonomie-Erwägungen wegen der Klassen(=Kassen)-Zugehörigkeit von Patienten oder aus den psychologischen Gründen einer Gegenübertragung liebe- oder haßvoller Art, welche heikel werden kann, wenn sie undurchschaut bleibt" (KISKER, 1971, S. 11). Minderheiten, die bei den Ärzten deutlich weniger beliebt sind als die breite Mitte der Bevölkerung, sind laut PFLANZ alte Leute, Ausländer, Patienten der Unterschicht oder auch sich als Elite verstehende Gruppen (1975, S. 254).

Am Ausgangspunkt ärztlicher Überweisungsvorgänge stehen in der Regel praktische Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin, die innerhalb eines Jahres von 7o % der Bevölkerung aufgesucht werden (Bericht über die Lage der Psychiatrie ..., 1975, S. 7).

Sie weisen die Patienten Fachärzten und Krankenhäusern zu, sind jedoch selbst, wie Hans Joachim HUMMEL et al. (1968) nachweisen, fast nie Ziel einer Überweisung.

Die Karriere des Patienten hängt von der Art der geäußerten Beschwerden ab. Christel BOCKEL und Bruno DIETRICH fanden bei der Klientel einer Psychiatrischen Poliklinik, daß dort, wo Patienten und Ärzte die Beschwerden als psychogen begriffen, eine relativ kurze Zeit bis zum Klinikkontakt verging, während bei Einigung auf eine Organkrankheit eine verzweigte Krankengeschichte resultierte, "die neben zusätzlichen diagnostischen Maßnahmen noch eine Reihe von Überweisungen zu Organfachärzten beinhaltet" (1976, S. 177).

Im folgenden wollen wir nun versuchen, anhand von Literaturbeispielen zunächst die ärztlichen und anschliessend die nicht-ärztlichen Institutionen, in denen eine Auseinandersetzung mit "psychisch Kranken" bzw. "psychischer Krankheit" stattfindet, im einzelnen vorzustellen.

Wir beginnen mit den praktischen Ärzten, deren Dominanz in der "primärärztlichen Versorgung" bereits oben geschildert wurde. Sie sind häufig noch Hausärzte alten Stils, die auch öfter als ihre Kollegen den Patienten in seiner Wohnung besuchen (HÄUSSLER, 1975, S. 186) und von den Amerikanern nicht zu Unrecht "family doctor" genannt werden. Hans SCHÄFER (1968) unterstreicht ihre zentrale Bedeutung für die Medizin der Zukunft gerade auf dem Gebiet der Prävention. Dennoch stehen die Allgemeinmediziner weder bei der Bevölkerung noch bei der Ärzteschaft hoch im Kurs (BRAUN, 197o; PAUL u. STEIN, 1975).

Über psychiatrische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis liegt inzwischen eine Vielzahl von Untersuchungen vor. Sie befaßten sich immer wieder mit der Frage nach der

Zahl solcher Fälle, ohne daß ein einheitliches Ergebnis hätte gefunden werden können, worin sich nicht zuletzt die Anwendung verschiedener Techniken der Befunderhebung widerspiegelt. STROTZKA et al. kommen im Rahmen ihrer "Sozialpsychiatrischen Feldstudie über eine ländliche Allgemeinpraxis" auf 15 % psychosoziale Erkrankungen (1966, S. 87). In einer Londoner Vorortpraxis diagnostizierte der allerdings psychiatrisch vorgebildete Praktiker während eines halben Jahres bei 24,4 % seiner Patienten eine psychische Störung, wovon 68,o % außerdem körperlich gestört waren. Dabei hatte der Arzt noch ein Drittel der psychisch kranken Patienten übersehen. Diese verborgenen Störungen waren vom nachuntersuchenden Psychiater entdeckt worden. D.P. GOLDBERG und B. BLACKWELL erklären dieses Resultat ihrer Arbeit: "What distinguished these patients (die "versteckt" Kranken, d.V.) is that the majority formulated their problems in somatic terms not only to the doctor but also to themselves" (197o, S. 442).

Seit kurzem liegen nun auch zwei deutsche Studien über psychische Störungen in Allgemeinpraxen vor, beide initiert bzw. mitverfaßt von Brian COOPER, der bereits Koautor der britischen Arbeit von Michael SHEPHERD und Mitarbeitern (1971) mit dem gleichen Thema war. In den Allgemeinpraxen der Industriestadt Mannheim registrierten praktische Ärzte ebenso wie psychiatrische Interviewer eine psychiatrische Fallzahl von um 35 % (ZINTL-WIEGAND et al., 1978). Dagegen liegen die Werte in oberbayerischen Landpraxen nach Angaben der Praktiker bei 26 % und der Interviewer bei 32 % (DILLING et al., 1978). Auf jeden Fall ist damit die Rate von 1o-2o % überschritten, von der die Sachverständigenkommission in der Psychiatrie-Enquête (=Bericht über die Lage der Psychiatrie ..., 1975) ausgeht. Einer Rate von 3o % entsprechen ungefähr 12 Millionen Menschen.

In der Mannheimer Studie wird die soziale Schichtzugehörigkeit der Klientel praktischer Ärzte mit der allgemeinen Bevölkerung verglichen. Angehörige der oberen Unterschicht sind in der Praxis mit 47,3 % deutlich überrepräsentiert (BRD 27,6 %) (1978, S. 122). In Oberbayern ist die Differenz bei ca. 42 % Obere-Unterschicht-Patienten nicht mehr so groß (S. 157). Horst DILLING und Mitarbeiter fanden lediglich eine Überrepräsentation von Angestellten (S. 137). Man darf demnach wohl davon ausgehen,daß insbesondere in den Städten der Bundesrepublik die Klientel der Allgemeinmediziner vorwiegend aus Unterschichtmitgliedern besteht, deren soziale Distanz zum Praktiker nicht so groß wie zum Facharzt ist (PAUL u. STEIN, 1975, S. 2o9).

Die Gegenüberstellung von Patienten mit und ohne psychiatrische Diagnose (durch Interviewer und/oder Ärzte) in den oberbayerischen Praxen brachte bezüglich des Sozialstatus keine signifikanten Unterschiede (S. 138). Dagegen gibt STROTZKA eine größere Tendenz der bäuerlichen Bevölkerung zu psychosozialer Morbidität an (1966, S. 86). Bei der weiteren Spezifizierung der Krankheiten findet er jedoch eine Häufung von Schizophrenien, Schwachsinnsformen und Psychopathien in den unteren Klassen, die aber wegen des geringen Anteils, den diese Diagnosen an der Masse psychogener Störungen stellen, verwischt werden. Ebenfalls hätte die These von HOLLINGSHEAD und REDLICH, daß Patienten mit einem organischen Verständnis ihrer psychischen Erkrankung gewöhnlich zum Praktiker gehen (1958, S. 183f.), eine stärkere Repräsentation unterer Schichten vermuten lassen. Im Rahmen der Versorgung der Bevölkerung kommt dem Arzt für Allgemeinmedizin als "intermediary" (HOLLINGSHEAD/REDLICH, 1958, S. 184) eine Filterfunktion zu, die er allerdings nach seinem bisherigen Wei-

terbildungsstand nur ungenügend wahrnehmen konnte (Bericht ..., 1975, S. 9). Ein weiterer einschränkender Faktor ist die Zeit: dem erstberatenen Praktiker bleiben für die Anamnese 1,9 Minuten, die Untersuchung 2,7 Minuten und für die Behandlung 2,3 Minuten (BRAUN, 197o, S. 16 f.). So verwundert es nicht, wenn Robert BRAUN die derart gewonnenen Diagnosen als Abstempelungen bezeichnet.

Dennoch zeigen alle Studien -ob vom Praktiker oder vom psychiatrischen Interviewer diagnostiziert- ein starkes Überwiegen von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (STROTZKA, 1966; COOPER, 1966; ZINTL-WIEGAND et al., 1978; DILLING et al., 1978). Mehr als lo % der Klientel entfallen in Mannheim und Oberbayern auf Demenzen und andere organische psychiatrische Erkrankungen, um lo % auf affektive und andere (außer schizophrene) Psychosen, 1-2 % auf Schizophrenie. Suchtkrankheiten (Mannheim: 6,6 %; Oberbayern: 3,6 %) und Oligophrenie (1,4 % zu 6,5 %) sind regional unterschiedlich vertreten.

Wenn bei den bisher referierten Quoten eine hohe Übereinstimmung zwischen Arzt und Interviewer besteht, bedeutet das nicht eine Kongruenz im Einzelfall. Weiterhin schwanken die Raten psychiatrischer Morbidität in den Praxen stark. "Die Differenzen in den Raten, mit denen Allgemeinpraktiker eine seelische Störung diagnostizieren, resultieren in weit größerem Maß aus den Unterschieden, die die Praktiker selbst betreffen, als aus der unterschiedlichen Verteilung psychisch Kranker in Allgemeinpraxen" (ZINTL-WIEGAND et al., 1978, S. 121).

Abschließend einige Bemerkungen zur Überweisungstätigkeit praktischer Ärzte: Immerhin kommen 54,4 % der psychiatrischen Patienten der Nervenärzte vom Allgemeinmediziner (DILLING u. WEYERER, 1978, S. 57).

ZINTL-WIEGAND und Mitarbeiter fanden große Schwankungen in den Überweisungsraten der Mannheimer Praxen, die nicht durch Schwankungen in der Häufigkeit psychischer Morbidität erklärt werden konnten (S. 13o). DILLING et al. untersuchten demgegenüber die psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit, die von der tatsächlich erfolgten Überweisung abzugrenzen ist, und stellten auch hier Differenzen von Praxis zu Praxis und zwischen Allgemeinmediziner und Interviewer fest. Bezüglich soziostruktureller Merkmale stimmten die Überweisungsbedürftigen mit den nicht überweisungsbedürftigen Patienten überein, mit Ausnahme psychisch Kranker über 65 Jahre, die seltener zum Nervenarzt geschickt werden sollten.

Unter den 19 % vom Arzt als überweisungsbedürftig eingestuften psychisch gestörten Patienten (Interviewerurteil: 41 %) waren die mit Neurosen und (prä)seniler Demenz unter-, die mit anderen organischen Erkrankungen und Psychosen überrepräsentiert. Als häufigste Schwierigkeit wurde das Unbehagen der Patienten gegen eine Überweisung zum Nervenarzt genannt. Wir kommen nun zu einer weiteren Gruppe von Ärzten, ohne allerdings auf ähnliche Untersuchungen wie bei den Allgemeinmedizinern zurückgreifen zu können: den niedergelassenen Fachärzten (excl.Nervenärzte). Von ungefähr 25.ooo Fachärzten sind 5.168 Internisten, 2.66o Gynäkologen und 1.923 Kinderärzte; sie lassen sich vornehmlich in Städten nieder und behandeln immer mehr Patienten, die sie ohne Überweisung unmittelbar aufsuchen (HÄUSSLER, 1975). Sie haben ein höheres Prestige als die Allgemeinmediziner, und die soziale Distanz zwischen ihnen und Unterschichtangehörigen ist größer; im Versorgungssystem nehmen sie insgesamt eine Mittelstellung zwischen Hausarzt und Krankenhaus ein (PAUL u. STEIN, 1975). Ihre Ausbildung auf psychiatrischem Gebiet entspricht der der praktischen Ärzte. BOCKEL und DIETRICH zeigten,

daß die Überweisung psychisch auffälliger Menschen zum Organfacharzt dann erfolgte, wenn sich Patienten und Ärzte auf eine Organkrankheit einigten (1976, S. 177). Das Organkrankheitskonzept korreliert dabei stark mit der Unterschichtzugehörigkeit des Patienten (S. 1o9). Was die Überweisungsfunktion der Fachärzte selbst angeht, so findet sich bei DILLING und WEYERER der Hinweis, daß sie bei 19,1 % der Nervenarztklientel als Zuweisungsquelle ausgemacht wurden (1978, S. 57 f.).

Nach diesen Anmerkungen zur Funktion niedergelassener "Organfachärzte" nun zum allgemeinen Krankenhaus als nächster ärztlicher Instanz, die sich u.a. auch mit psychischen Störungen zu beschäftigen hat.

In einer Literaturübersicht aus dem Jahre 1971 ist die Rate psychischer kranker Menschen in Allgemeinkrankenhäusern je nach Autor und untersuchter Fachabteilung mit 5 bis 51 % angegeben (Innere Abteilung: 14 bis 51 %) (MEZEY u. KELLETT,1971, S. 315). Im Rahmen einer neueren Studie einer Stichprobe ambulanter Patienten des Londoner North Middlesex Hospital wird mittels General Health Questionnaire für die Innere Abteilung ein Wert von 45 %, für die Chirurgie 29 % und für die Gynäkologie 3o % angegeben. Die Internisten selbst hatten nur ein Drittel der GHQ-Fälle für psychisch gestört gehalten und vor allem bei Patienten mit Organbefund zusätzliche psychische Krankheit nicht erkannt (MEZEY u. SYED, 1975). SIEDE und Mitarbeiter ermittelten an fünf deutschen Kliniken ebenfalls mit Hilfe eines Fragebogens auf den internistischen Stationen eine Quote von 8,6 %, auf den chirurgischen von 2,o % ausschließlich psychisch Kranken (SIEDE et al., 1975, S. 485). Die Diagnosen verteilten sich hier folgendermaßen: Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, sexuelle Verhaltensabweichungen, psychosomatische Leiden 4o %,

Psychosen 29 %, Suchtkrankheiten 23 % und Altersstörungen 11 % (Summe über 100 % durch Diagnosekombinationen, S. 481). Knapp die Hälfte waren Suizidpatienten (S. 483). Deutlicher noch zeigte sich die Dominanz von Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (inkl. hysterischer Reaktionen und Angstzuständen) mit 63,9 % im London Hospital. Hier folgten Suchtkrankheiten mit 21,0 %, organische Psychosen (inkl. Alterspsychosen) mit 15,5 % und andere Psychosen mit 4,8 %. Selbstmordversuche (16,7 %) spielen wohl wie die Psychosen bei den psychisch kranken Klinikpatienten in England eine geringere Rolle (nach PRITCHARD, 1972, Table 5).

Ein Hinweis auf die Schichtzugehörigkeit der Krankenhausklientel findet sich in der Studie von MEZEY u. SYED. Verglichen mit der Verteilung in der Region (MEZEY u. EVANS, 1970) gehören die Patienten öfter zu Schicht III im fünfstufigen Schichtmodell. Diese einzelne Angabe reicht sicher nicht aus, um eine vernünftige Aussage über die Sozialstruktur machen zu können.

Auch Krankenhäuser stellen oft nur eine Station in der Karriere psychisch Kranker dar, bevor sie an andere Institutionen weiter geschickt werden. Solche Überweisungen sind wahrscheinlich für die Zusammensetzung der Nervenarztklientel mit um 2 % ohne Bedeutung (DILLING u. WEYERER, 1978, S. 57). Eher treten sie als Quellen psychiatrischer Klinikaufnahmen in Erscheinung. Aus der Schweiz berichten SCHNEIDER und Mitarbeiter von dem überraschend hohen Anteil von 50 % Patienten einer psychiatrischen Poliklinik, die aus allgemeinen Krankenhäusern zugewiesen wurden (1970, S. 141). Insbesondere scheint das Allgemeinkrankenhaus Ausgangspunkt für die Klinikeinweisung Unterschichtangehöriger zu sein (HOLLINGSHEAD u.

REDLICH, 1958, S. 186 f.), wofür u.a. Selektionsprozesse in der suizidalen Klientel verantwortlich sein dürften (WEISSMAN et al., 1973, S. 86 f.).

Die Überweisungsrate liegt in der Regel weit unter der Rate angenommener psychischer Krankheit (MEZEY u. KELLETT, 1971, S. 315). In den niedersächsischen Krankenhäusern wurden immerhin 48 % psychiatrisch versorgt. Der Wert schwankte allerdings sehr stark von Klinik zu Klinik und war am höchsten im Stadtkrankenhaus Braunschweig mit psychiatrischer Abteilung (SIEDE et al., 1975).

Als Gründe gegen eine Überweisung in nervenärztliche Behandlung gaben von 1o6 englischen Krankenhausärzten 45 % den Widerwillen der Patienten an, jeweils ca. 2o % Nachteile für den Patienten aufgrund der Bezeichnung als psychisch Kranker, Fehlen prompt erreichbarer Behandlungsmöglichkeiten, den Glauben daran, daß neurotische Patienten von jedem Arzt behandelt werden könnten, die unbefriedigende Beziehung zum Nervenarzt (MEZEY u. KELLETT, 1971, S. 316). Die Patienten stehen jedoch einer notwendigen Überweisung unzweideutig positiv gegenüber. Dabei bleibt zu bezweifeln, ob diese Einstellung auch Handlungskonsequenzen nach sich zieht, da die meisten Patienten sich schließlich für körperlich krank halten - sie befinden sich ja im Allgemeinkrankenhaus (MEZEY u. SYED, 1975, S. 137).

Mit zunehmender Verknüpfung einer organischen Störung mit der psychischen nimmt die Überweisungsrate ab (PRITCHARD, 1972, S. 648). Sowohl in London als auch in Niedersachsen führen die Diagnosegruppen Suizid, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen relativ häufig zur Überweisung, selten dagegen die Diagnosen Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Behandlungsmotivation) sowie psychische Störungen des

höheren Lebensalters. Für Neurosen sind die Angaben Michael PRITCHARDs differenzierter als die von SIEDE et al., die global eine hohe Überweisungsfrequenz feststellen. Bei einer reaktiven Depression sei -so PRITCHARD- eine Überweisung häufig, bei Angstzuständen selten.

Unterschiede kommen durch den Schweregrad der Krankheit, die Selbstmordgefährdung, die Behandlungsmotiviertheit des Patienten und die organische Behandelbarkeit der einzelnen Störungen zustande (PITCHARD, 1972, S 651).

Das Gesundheitsamt ist eine weitere ärztliche Institution, deren Schwerpunkt zwar nicht auf der Betreuung psychischer Störungen und Behinderungen liegt, die aber dennoch sehr häufig mit Auffälligkeiten dieser Art konfrontiert wird (Bericht ..., 1975, S. 8). Im Bundesgebiet waren 1969 an 499 Gesundheitsämtern 2.o67 Ärzte hauptamtlich und 2.747 nebenamtlich sowie 4.o87 Sozialarbeiter beschäftigt (Gesundheitsbericht, 1971, S. 31). Hauptamtliche Psychiater arbeiten fast nur in den Ämtern größerer Städte (WESSEL-AXER, 1977, S. 187). In ihrer Versorgungsfunktion für psychisch Kranke sind die Gesundheitsämter vor allem durch einen enormen Stellenmangel eingeschränkt (Bericht ..., 1975; KÖHLER u. MEUSERS, 1973). Folgende Aufgaben sollen wahrgenommen werden: Untersuchung und Betreuung Behinderter, Zuführung öffentlich auffälliger Menschen in geeignete Behandlung, Nachbetreuung psychisch Kranker, Suchtkrankenarbeit, Mitwirkungen an Einweisungen in eine geschlossene psychiatrische Abteilung gemäß Unterbringungsgesetzen, Versorgung von Alterskranken, forensische Begutachtung zur Beurteilung der Notwendigkeit der Pflegerbestellung oder Entmündigung sowie Beurteilung der strafrechtlichen Verantwort-

lichkeit (WESSEL-AXER, 1977). Hier existiert also eine Koinizidenz ärztlicher und ordnungsrechtlicher Funktionen. Die Versorgung erfolgt als "subsidiäre Dienstleistung", d.h., die Amtsärzte betreuen nur Patienten, deren Behandlung durch niedergelassene Ärzte nicht gewährleistet ist (KÖHLER u. MEUSERS, 1973, S. 348). Daraus läßt sich leicht ableiten, was DILLING u. WEYERER in Oberbayern empirisch nachweisen (1978, S. 82), daß nämlich in mit Nervenärzten gut ausgestatteten Gebieten die Zahl der im Gesundheitsamt betreuten Patienten zurückgeht.

Auf 1.ooo Einwohner entfallen in der Großstadt Essen (674.ooo EW) 9 und in Berlin (2,15 Mio. EW) 7-8 vom sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes betreute Personen (Essen: KÖHLER u. MEUSERS, 1973; Berlin: MATTHEIS, 1974). In beiden Städten sind über 65jährige Patienten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich überrepräsentiert. Aus einem signifikanten Überwiegen von Personen aus Slumgebieten und dicht bevölkerten Arbeiterwohngebieten schließen KÖHLER u. MEUSERS, daß es sich bei der Gesundheitsamtklientel zum großen Teil um "soziale Problempatienten" handelt. Hier besteht jedoch die Gefahr eines Fehlschlusses, da die Schichtzugehörigkeit der Patienten nicht untersucht wurde. 63,8 % der Essener Klientel sind Männer, 36,2 % Frauen.

Zur Häufigkeit einzelner Diagnosen liegen auch Zahlen von 38 beratenen oberbayerischen Patienten vor (DILLING u. WEYERER, 1978, S. 81). Süchte -vorwiegend Alkoholkrankheiten- spielen in den städtischen Ämtern mit 4o % in Essen und 27 % in Berlin eine größere Rolle als in den Landkreisen Oberbayerns (Alkoholismus: 15 %). Schizophrenien wurden in Essen wie in Oberbayern bei einem Viertel der Patienten diagnostiziert (in Berlin sind die nicht organischen Psychosen

(36 %) nicht differenziert). Übereinstimmend ist ebenfalls in Essen und Oberbayern die Oligophrenierate mit um 19 % angegeben. In Berlin sind es nur 6 %. Hirnorganische Krankheiten meist im Sinne von Alterskrankheiten kommen in Bayern kaum, in den beiden Städten aber bei mehr als jedem zehnten Patienten vor.

KÖHLER u. MEUSERS fassen ihre Ergebnisse zusammen: Bei der Wahrnehmung subsidiärer Dienste durch das Gesundheitsamt "kommt es offensichtlich zu einer negativen Selektion, wobei als Selektionsfaktoren das Überwiegen sozialer Probleme meist bis zur Dissozialität, chronischer Verlauf der Krankheit mit zahlreichen Wiederaufnahmen und höheres Lebensalter deutlich werden" (S. 348).

Schließlich noch die Zahl der Überweisungen zur psychiatrisch-stationären Behandlung, die bei 1-2 pro 1.ooo Einwohner liegt (MATTHEIS, 1974, S. 746).

Wir schließen die Beschreibung ambulanter ärztlicher Versorgung - Versorgung hier eher zunächst als Umgang denn als optimale Hilfestellung verstanden - ab mit einigen Anmerkungen zur Tätigkeit niedergelassener Nervenärzte, von denen es 1974 1.o41 in der BRD gab, die im Durchschnitt 59.3oo Einwohner zu versorgen hatten, eine Zahl, die erheblich über dem allgemein angenommenen Maximum von 5o.ooo Einwohnern liegt (Bericht ..., 1975, S. 1o). Der Sozialstatus dieser Ärztegruppe bleibt vom Außenseiterstatus ihrer Klientel nicht unbeeinflußt (PAUL u. STEIN, S. 2o8). Horst DILLING und seine Mitarbeiter haben umfangreiche Studien über die Nervenärzte veröffentlicht (DILLING et al., 1975; DILLING u. WEYERER, 1975; DILLING, 1977). Wir halten uns im folgenden an die zuletzt erschienene Arbeit (DILLING u. WEYERER, 1978), in der die Autoren auch einen Literaturvergleich vornehmen:

Untersuchungen über den Anteil psychiatrischer Patienten in der Nervenarztklientel kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. In den oberbayerischen Praxen lag er bei 57,8 %. Als wichtigste Überweisungsquelle der psychiatrischen Patienten fungieren die praktischen Ärzte (54,4 %). Ein Fünftel der Patienten kam von sich aus (sogar 28,4 % bei den Wiederkonsultationen), 19,1 % wurden von Fachärzten geschickt. Mit 82 % gibt GIEL (1973, zitiert nach DILLING u. WEYERER) für Holland eine wesentlich höhere Praktischer-Arzt-Zuweisungen-Rate an. Der praktische Arzt hat jedenfalls in beiden Fällen die größte Bedeutung. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Überweisungsquelle formal aus den Überweisungsscheinen ermittelt wurde und u.U. schon vorher erfolgte Anstöße unberücksichtigt bleiben.

Das Überwiegen von Frauen in der bayerischen Klientel wird von GIEL nicht bestätigt. OTT fand in seiner saarländischen Praxis bei den Erstuntersuchungen 47 % und bei den Behandlungsfällen 57 % Frauen (1974, S. 483).

Was die Altersverteilung betrifft, so waren in Bayern die 4o-65jährigen stärker vertreten und die älteren Jahrgänge entsprachen der Allgemeinbevölkerung, während in Holland der Gipfel bei den 15-44jährigen lag und ältere Patienten unterrepräsentiert waren. Allerdings bestehen in Holland andere Versorgungsschwerpunkte für alte Menschen.

54 % der bayerischen Patienten kamen zur Wiederkonsultation.

Mehr als die Hälfte (55,9 %) waren hier der Unterschicht zuzuordnen, gegenüber nur 47 % in der Allgemeinbevölkerung. Nach Stellung im Beruf waren lediglich die Angestellten überrepräsentiert.

Die Art der Diagnosestellung variiert mit der unterschiedlichen Orientierung der Psychiater (KIDD u. MACHIE, 1967, S. 173). Dieser Faktor ist beim Vergleich von Diagnoseraten verschiedener Studien zu berücksichtigen.

DILLING u. WEYERER stellen ihre Ergebnisse den Zahlen aus Hamburg und Baden-Württemberg (DEGKWITZ et al., 1973; SCHULTE, 1973) gegenüber. In allen drei Bundesländern spielte die Diagnose Neurose eine große Rolle. Außer in Hamburg mit 32 % waren die als neurotisch bezeichneten Patienten mit jeweils über 4o % die stärkste Gruppe in der Nervenarztklientel. In Holland hatte GIEL sogar 62 % angegeben. Auf die höchste Rate in Hamburg kamen affektive Psychosen (4o %), die die Psychiater in Baden-Württemberg bei 28 %, die in Bayern bei 22 % ihrer Klientel diagnostizierten. Übereinstimmend an dritter Stelle standen in Deutschland die Schizophrenien mit zwischen 8 und lo %. Bei holländischen Erstkonsultationen machten sie dagegen weniger als 1 % aus. Von den übrigen Diagnosen erreichten nur noch Persönlichkeitsstörungen einen Wert über 5 % (Hamburg: 8 %, Baden-Württemberg: 7 %).

Was die Beziehung der nervenärztlichen Praxen zu anderen Institutionen angeht, so zeigt sich laut DILLING u. WEYERER, "daß nur etwa 5,14 % der im gleichen Zeitraum bei den niedergelassenen Nervenärzten behandelten Patienten im Verzeichnis der stationären Aufnahmen und Entlassungen auftauchen und daß nur 25,5 % der Patienten vor der Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus von Nervenärzten behandelt oder untersucht werden" (1978, S. 113 f.).

Wir schließen damit die Skizzierung ärztlicher Versorgungseinrichtungen im Vorfeld der psychiatrischen Klinik ab und gehen über zu Institutionen, die auf der Basis gesetzlicher Regelungen mit "psychisch Kranken" umgehen: Gerichte und Ordnungsbehörden.

Beide sind mit dem ärztlichen System verknüpft, sei es, daß Ärzte zur Begutachtung herangezogen werden, oder, daß sie selbst ordnungsrechtliche Maßnahmen einleiten bzw. an deren Einleitung mitwirken. Im Hinblick auf unsere Arbeit interessiert uns hier vor allem die Frage nach der zwangsweisen Unterbringung psychisch auffälliger Menschen.

Im bundesdeutschen Strafgesetzbuch ist die Unterbringung in psychiatrischen Anstalten in §§ 63 und 64 geregelt. § 63 StGB, Abs. 1 lautet: "Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 2o) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigkeit des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist". Die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt erfolgt unter bestimmten Voraussetzungen dann, wenn "die besonderen therapeutischen Mittel dieser Anstalt zu seiner Resozialisierung besser geeignet sind" (§ 65, Abs. III). Unter Suchteinfluß handelnde Rechtsbrecher können nach § 64 eingewiesen werden. Die Strafprozeßordnung (StPO) erlaubt die Einweisung zum Zweck der Begutachtung (§ 81) und die einstweilige Unterbringung (§126a) unter strengen Beschränkungen.

In der BRD, der Schweiz und einigen skandinavischen Ländern kommen die psychisch kranken Rechtsbrecher gemeinsam mit den anderen psychisch Kranken in psychiatrische Kliniken, während in Großbritannien, Italien, den USA, in Holland und Frankreich Sonderanstalten bestehen (MÜTZE, 1976, S. 5ff.). Brigitte MÜTZE hat sich in ihrer Dissertation mit Rechtsbrechern in den Landeskrankenhäusern des Rheinlands beschäftigt,

von denen 88,5 % nach § 42 b (im Untersuchungszeitraum noch gültig, heute § 63) untergebracht waren. Auf § 81 StPO (Begutachtungen) entfielen nur 6,6 % des "Bestandes", aber mehr als die Hälfte der Neuzugänge. Die Differenz erklärt sich aus der Länge des Aufenthaltes. Lediglich 2 % der "forensischen Klientel" waren Frauen.

66,2 % zählten zur Unterschicht, 43 % hatten die Hilfsschule besucht, 47 % die Volksschule. Im "Bestand" überwogen die diagnostischen Kategorien Schwachsinn (46,6 %) und schizophrener Formenkreis (32,6 %) deutlich; bei den Neuzugängen änderte sich die Reihenfolge: Alkoholismus 24,5 %, Schwachsinn 22,4 %, Schizophrenie 16,7 % und andere Suchten 14,1 %.

Über die Therapiechancen dieser Klientel sagt MÜTZE, daß die Bedingungen der Unterbringung im Rheinland "eine Besserung oder gar eine Rehabilitation in keiner Weise fördern, ihr vielmehr im Wege stehen" (S. 113).

Entmündigte und unter Pflegschaft stehende Personen dürfen nur nach (in Notfällen unverzüglich nachzuholender) Genehmigung des Vormundschaftsgerichts untergebracht werden (§ 1800, § 1915 BGB).

Die Einweisung von mündigen Menschen, die nicht gegen geltendes Recht verstießen und deshalb verurteilt wurden, ist in der Bundesrepublik im Landesrecht geregelt. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise gestattet das "Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)" eine Unterbringung psychisch Kranker nur dann, "wenn und solange durch ihr krankhaftes Verhalten gegen sich oder gegen andere eine gegenwärtige Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung besteht, die nicht anders abgewendet werden kann" und wenn Gefahr besteht, " daß

die betroffene Person Selbstmord begeht oder sich selbst erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt" (§ 11). Für die Durchführung sind eine ärztliche Begutachtung und ein richterlicher Beschluß erforderlich, der ausschließlich in Notfällen innerhalb von 24 Stunden nachgereicht werden kann. Antragsteller ist die örtliche Ordnungsbehörde (§ 12). Im allgemeinen kommt es bei einer vermeintlichen Störung der öffentlichen Ordnung, wenn sie ein gewisses Ausmaß annimmt, früher oder später zur Einschaltung der Polizei, die ohne entsprechende Ausbildung dann u.a. auch beurteilen muß, ob die betreffenden Personen gefangen genommen werden oder ob Schritte zur Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik einzuleiten sind. So sind auch Polizisten "Very Important Persons in the process of "diagnosing" severely disturbed and antisocial behavior"(HOLLINGSHEAD u. REDLICH, 1958, S. 184).

Auch wenn es sich nicht um die oben beschriebene Gruppe psychisch kranker Rechtsbrecher handelt, ist die Zwangseinweisung eine schlechte Basis für die weitere Behandlung, denn erstens befindet sich die Krankheit zwangseingewiesener Patienten zumeist in einem späten Stadium (GLEISS et al., 1973, S. 115), zweitens werden sie der Möglichkeit ambulanter Therapie mit der Unterbringung beraubt (GLEISS et al., S. 117) und drittens behindert die Unterbringung die Herstellung eines wirklichen Vertrauensverhältnisses zu den behandelnden Personen (BOSCH, 1971, S. 67).

Den Nachweis schichtspezifischer Schwankungen in der Rate behördlich oder gerichtlich eingewiesener Personen erbrachten HOLLINGSHEAD u. REDLICH: Weniger als zwei Prozent der Oberschichtpatienten, aber mehr als die Hälfte der Klientel aus der untersten Schicht entfielen auf diese Überweisungsquellen. 197o bestätigte LINSKY diese Tendenz. Gleichfalls lassen sich beim

Vergleich verschiedener Staaten divergierende Raten registrieren. Selbst zwischen den Bundesländern in der BRD gibt es Quoten zwischen 6 und 5o %, allein im Rheinland sogar zwischen 8 und 54 % (Bericht ..., 1975, S. 369). Die Unterschiede dürften einerseits resultieren aus dem Ermessensspielraum der Einweiser bei der Beurteilung der Fremd- und Selbstgefährdung, für die es kaum objektivierbare Kriterien gibt (MECHANIC, 1969 dt. 1975, S.153f.; BOSCH, 1973, S. 28). Andererseits nehmen Sozialfaktoren aus der Umgebung des Patienten Einfluß, von denen einer das Vorhandensein dem Patienten bekannter und effektiv arbeitender sozialpsychiatrischer Kliniken ist (BOSCH, 1973). Insgesamt geht die Zahl der Zwangseinweisungen zurück (MECHANIC, 1969 dt. 1975, S. 162, REDLICH u. FREEDMAN, 1966 dt. 1976, S. 1o74).

Damit schließen wir die Beschreibung professioneller Versorgungssysteme für psychisch "gestörte" Personen außerhalb der psychiatrischen Klinik ab. Alle genannten Einrichtungen können Ausgangspunkt für die spätere Hospitalisierung ihrer Klientel sein.

1.4. Weitere Befunde psychiatrischer Ökologie und Epidemiologie

1.4.1. Ökologische Untersuchungen

Psychiatrische Ökologie hat "den Zusammenhang zwischen geographisch definierbaren Umweltvariablen, den sogenannten Gebietsmerkmalen und psychiatrischer Morbidität zum Gegenstand" (HÄFNER, 1978, S. 42).

Zum klassischen Beispiel ökologischer Forschung wurde Emile DURKHEIMs Arbeit "Le suicide" (1897), in der er die räumliche Verteilung in Frankreich und anderen europäischen Ländern gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts verübter Selbstmorde untersuchte.

1939 veröffentlichten dann Robert L. FARIS und Henry W. DUNHAM ihre Studie über "Mental Disorders in Urban Areas". Sie ermittelten den Wohnsitz psychisch Kranker aus Chicago, die zum ersten Mal in eine psychiatrische Klinik aufgenommen wurden, und "kamen zu dem gesicherten Ergebnis, daß alle Arten von Verhaltensstörungen - einschließlich der meisten Arten individueller Psychosen mit Ausnahme der manisch-depressiven - im Zentrum der Stadt eine hohe Konzentration aufwiesen, während die Verdichtung in Richtung auf die Stadtrandzonen hin abnahm"; die Stadtgebiete mit einer hohen Rate individueller Psychosen waren charakterisiert durch "Armut, Elendsbehausungen, ethnische Konflikte, instabile Familienstrukturen und mobile Bevölkerung" (DUNHAM, 1969 dt. 1974, S. 91f.).

Zu Beginn der 60iger Jahre führten LEVY u. ROWITZ in Chicago eine Nachuntersuchung durch. Für erstaufgenommene Schizophrene fanden sie ein verändertes Verteilungsmuster vor mit Konzentrationen sowohl in zentralen Stadtteilen mit niedrigem Durchschnittseinkommen als auch in peripheren mit hohem Einkommen.

Die Autoren erklären sich die Divergenz mit Wandlungen der städtischen Struktur Chicagos, aber auch mit der starken Vermehrung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die die Mittelschichtpatienten nun in Anspruch nähmen, statt wie früher in private, meist auswärtige Kliniken zu gehen (197o, S.1o). Erst- und Wiederaufnahmen zusammen verteilten sich im wesentlichen nach dem von FARIS u. DUNHAM gefundenen Muster. Die Charakteristika der Stadtteile mit hohen Raten stimmten gleichfalls überein (LEVY u. ROWITZ, 1971).

In Deutschland befaßte sich 196o und 1961 Wolf-Dieter MICHAELIS mit Erstaufnahmeraten für Schizophrene und Zyklothyme in der Kölner Nervenklinik und mehreren privaten Anstalten. Die Raten waren zwar in einigen Bezirken doppelt so hoch wie im Stadtdurchschnitt, ohne daß jedoch eine Konzentration im Stadtkern stattfand oder eine Korrelation zu einzelnen demographischen Merkmalen der Kölner Bezirke bestand (MICHAELIS, 1973, S. 81f.; MICHAELIS zit. nach PFLANZ 1975, S.157).

Dagegen bestätigten HÄFNER und Mitarbeiter (1969) in ihrer Untersuchung zum eigenen Erstaunen für die 33o.ooo Einwohner zählende Stadt Mannheim die Ergebnisse von FARIS u. DUNHAM. Zur Berechnung der Inzidenz wurden sowohl Daten aus Krankenhäusern aller medizinischen Disziplinen und Sanatorien - neben den Mannheimer Häusern erfaßten die Autoren 3oo weitere Häuser in Deutschland und der Schweiz, um dort behandelte Mannheimer Patienten zu identifizieren - als auch Angaben niedergelassener Nervenärzte verwertet.

Auf der Basis von Materialien aus der größten lokalen psychiatrischen Versorgungsinstitution, dem Rheinischen Landeskrankenhaus, fand Michael WILKEN (1972) lediglich bei den Erstaufnahmen einen Hospitalisierungsschwerpunkt, der anders als in Mannheim aus südlich des Stadtkerns gelegenen Stadtteilen bestand.

Wiederaufnahmeraten sowie die Rate aller Patienten zeigten ein heterogenes Verteilungsmuster. Hohe Hospitalisationswerte korrelierten mit hohem Arbeiter- und geringem Angestellten- und Selbständigenanteil in der Wohnbevölkerung und schlechterem Wohnniveau im Stadtteil. Eine positive Beziehung bestand zwischen Arbeiterrate und Schizophrenie- und, wenn auch abgeschwächt, Neuroseneinweisungen, während sich für manisch-depressive Psychosen das Gegenteil feststellen ließ.

Eine neuere Untersuchung in Düsseldorf zeigte zwar einige Verdichtungszentren (MÜLLER et al., 1977), die jedoch kaum mit denen in Mannheim und Chicago in ihrer Deutlichkeit zu vergleichen sind.

Die Interpretation ökologischer Forschungsergebnisse bereitet sowohl inhaltliche als auch methodische Schwierigkeiten. Zu den mehr methodischen Problemen gehören "ökologische" und "individualistische Fehlschlüsse". Unter einem "ökologischen Fehlschluß" versteht man "den irrtümlichen Schluß von einer kollektiven Korrelation auf eine entsprechende individuelle Korrelation" (WELZ, 1975, S. 193). Dagegen bezieht sich beim "individualistischen Fehlschluß" "die Forschungshypothese auf die Aggregatebene, während dem Prozeß der Datenerhebung Individuen oder „Fälle" zugrunde liegen" (S. 195). Ein "individualistischer Fehlschluß" war beispielsweise WILKEN (1972) unterlaufen, als er aus einem hohen Anteil Geschiedener in der Klinikklientel und geringen Hospitalisierungsraten aus Stadtteilen mit einer großen Zahl geschiedener Einwohner folgerte, daß in Stadtteilen mit geringer sozialer Desorganisation für Geschiedene ein erhöhtes Hospitalisierungsrisiko bestehe.

Die inhaltlichen Probleme lassen sich u.a. schon aus der Verschiedenheit der wenigen oben referierten Resultate ermessen. Vermutlich bestehen Zusammenhänge zu den Differenzen in der demographischen Struktur der untersuchten Gebiete. Einen Erklärungsansatz divergierender Stadtteilraten im Lauf der Zeit liefert DUNHAM mit seiner These, daß sich die ökologische Organisation der Städte stark ändere. Er nimmt für die Zukunft an, daß sich die Sozialstruktur innerhalb einer Stadt bezogen auf die einzelnen Gebiete einer Normalverteilung nähert und daß sich damit auch das Verteilungsmuster von Verhaltensstörungen auf ein Gleichgewicht hin entwickelt (1969 dt. 1974, S. 111f.).

Abschließend wollen wir stichwortartig einige Hypothesen nennen, die zum Verständnis überdurchschnittlich hoher Schizophrenieraten in bestimmten Bezirken beitragen sollten.

Die "Drift-Hypothese" besagt, "daß Schizophrene als Folge psychosozialer Behinderungen durch ihre Krankheit zu ökonomisch und sozial schlecht gestellten Bevölkerungsgruppen abwandern" (HÄFNER, 1971, S. 56o), und damit auch in deren Wohngebiete.

Die Hypothese von der "sozialen Desorganisation": "Mit sozialer Desorganisation bezieht man sich auf einen Zusammenbruch der Kontrollen institutioneller Strukturen an einem bestimmten Ort im sozialen System"(DUNHAM, 165 dt. 1974, S. 279). Die Verfechter dieses Konzepts gehen davon aus, daß Desorganisation und daraus resultierende Instabilität in den betroffenen Stadtteilen gehäuft schizophrene Erkrankungen hervorbringt.

Die "Mobilitäts-Hypothese" - von DUNHAM (1969 dt. 1974, S. 112) als Hauptfaktor bezeichnet - nimmt an, daß Schizophrene sich Wohngegenden aussuchen, in

denen ihnen ihre Überlebenschancen am größten erscheinen.

Von weiteren Autoren werden Streß, Isolation, Unterschiede in der Toleranz der Gemeinden und schließlich verschiedenartige Hospitalisierungsprozesse in die Überlegungen zur Schizophrenieverteilung einbezogen. HÄFNER spricht zurecht von der "Unabgeschlossenheit der Ergebnisse" (1971, S. 566).

1.4.2. Epidemiologische Untersuchungen

1.4.2.1. Sozialschicht und psychische Störung

Die Beziehung zwischen Schichtzugehörigkeit und psychischer Störung - in den vorausgehenden Kapiteln bereits mehrfach angesprochen - nimmt wohl den breitesten Raum in der epidemiologischen Forschung und der öffentlichen Diskussion ihrer Resultate ein.

Zum Schichtbegriff, der bis heute nicht allgemein anerkannt definiert sei, führt der Soziologe Karl Martin BOLTE (1976) aus: "Mit Schichtung oder Schichten haben wir es zu tun, wenn sich im Statusaufbau der Mitglieder eines sozialen Gebildes deutliche (verhaltensrelevante) Einschnitte erkennen lassen, d.h. die Personen in einem bestimmten Abschnitt des Statusaufbaus eine grundsätzlich höhere oder niedere Wertschätzung erhalten als die Angehörigen anderer Abschnitte" (S.269). Schichtungssysteme sind in modernen Industriegesellschaften ständigen Variationen unterworfen. So ändert sich größtenteils als Folge technologischen Wandels die Position sozialer Gruppen, speziell Berufsgruppen, im Statussystem (BOTTOMORE, 1976, S. 23).

Die bislang bekannteste Studie über den Zusammenhang von Sozialstatus und seelischer Krankheit legten 1958 HOLLINGSHEAD u. REDLICH mit "Social Class and Mental Illness" vor. Sie erfaßten die während eines Halbjahres in Behandlung befindlichen und neu zur Behandlung kommenden Patienten psychiatrischer Kliniken und niedergelassener Nervenärzte und stellten fest, daß die unterste Schicht doppelt so stark unter den Patienten vertreten war wie in der Vergleichsbevölkerung. Bezogen auf loo.ooo Einwohner war die Rate neurotischer Erkrankungen in den Oberschichten am höchsten, während die Psychosenrate mit sinkender Schicht deutlich

zunahm. Alkohol- und drogeninduzierte, senile und schizophrene Psychosen erreichten in der untersten Schicht einen achtmal höheren Wert als in den beiden obersten Schichten. Noch spektakulärer war das Verhältnis bei organischen Psychosen. Die Rate affektiver Psychosen kam dagegen "nur" auf einen mehr als doppelt so hohen Wert. Schließlich gelang noch der Nachweis schichtspezifischer Therapieformen.
Leo SROLE und Mitarbeiter (1962 dt. 1974) versuchten mit Hilfe einer 22-Item Mental Health Scale in Interviews die Morbidität der Gesamtbevölkerung zu erfassen. Danach bestand zwischen dem elterlichen und noch stärker akzentuiert dem eigenen sozioökonomischen Status und psychischer Beeinträchtigung eine inverse Beziehung. HÄFNER wendet jedoch gegen das hier wie auch in der "Stirling County Study" von LEIGHTON et al. verwandte Verfahren ein, "daß das Maß der Entfernung vom klinisch-psychiatrischen Wissen mit einem Informationsverlust von vergleichbarer Größe verbunden ist" (1978, S. 14).

Im weiteren Zusammenhang mit den bisher genannten Ergebnissen sei M. Harvey BRENNERs Arbeit (1967) genannt. Nach BRENNER fand eine Zunahme von Krankenhausaufnahmen in Beschäftigungskrisen statt.

Die Bestätigung des amerikanischen Trends, wonach Unterschichtangehörige in der hospitalisierten psychiatrischen Klientel überrepräsentiert sind, erbrachten für Europa u.a. ÖDEGARD (1971) in Norwegen, COOPER (1966 dt. 1972) in Großbritannien und in der Bundesrepublik Deutschland DILLING u. WEYERER (1978). Für die psychiatrische Klinik in Düsseldorf liegen allein drei entsprechende Untersuchungen vor (FLEGEL u. SCHÜTT, 1967; RÜTHER, 1973; MÜLLER et al., 1977).

Die inverse Beziehung zwischen sozialem Status und der Rate psychischer Störungen, insbesondere der Schizophrenie kann nach einer Vielzahl von Studien als gesichert gelten (DOHRENWEND u. DOHRENWEND, 1969 dt. 1974; KEUPP, 1972b). Die wenigen abweichenden Resultate können möglicherweise methodischen Fehlern oder lokalen Sonderbedingungen zugeschrieben werden (HÄFNER, 1971, S. 56o).

Wesentlich größere Schwierigkeiten als die schon diffizile Erhebung der Daten ist bis heute deren Interpretation, "vielleicht das schwierigste Kapitel in der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialwissenschaften überhaupt" (SIEGRIST, 1975, S. 62).

Zwei Interpretationsansätze stehen sich gegenüber: der Ansatz sozialer Selektion und der Ansatz sozialer Verursachung. Die erste Hypothese "führt das Entstehen differentieller Verteilungsmuster von Verhaltensstörungen auf Verhaltensdispositionen zurück. Psychopathologische Bedingungen im weitesten Sinne determinieren in einem hohen Maße die Position, die ein Individuum im System sozialer Schichtung einnimmt". Dagegen besagt die "social causation-Hypothese": "gesellschaftlich bedingte Belastungen (etwa im Arbeitsbereich) können zu Verhaltensstörungen führen, die dann sozial-selektive Mechanismen erst wirksam werden lassen" (KEUPP, 1974, S. 41).

Die sozialpathologische Bedeutung wird u.a. von einer Reihe deutscher Autoren (WULFF, 1973; GLEISS et al., 1973; HENKEL u. ROER, 1976) betont. Demgegenüber lehnen CALLERIE u. FRINGHI (1966) die soziogenetische Hypothese mit der Begründung ab, daß sich z.B. die Primärsymptome der Schizophrenie unmöglich aus dem sozialen Kontext erklären ließen. ÖDEGARD erklärt sich seine Ergebnisse mit dem sozialen Druck, der "offenbar die am wenigsten resistenten Individuen

beeinflußt, so daß sie in gewisse Richtungen geschoben oder gezogen, in anderen behindert und gehemmt werden" (1971, S. 574). Auf diese Weise entstehe eine soziale Auslese. Bruce P. u. Barbara S. DOHRENWEND (1969) differenzieren in genetisch bedingte psychische Symptome und durch soziale Situation, vor allem Streß, verursachte Störungen. Letztere könnten sich nur bei sekundärem Krankheitsgewinn perpetuieren, der wiederum für Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen in der Unterschicht besonders groß sei (S. 272f.). Melvin L. KOHN (1972a dt. 1974) sieht Menschen in der Unterschicht einer dreifachen Gefahr ausgesetzt. Sowohl Streß als auch genetische Voraussetzungen zur Schizophrenie seien in der Unterschicht gehäuft. Hinzu komme eine durch restriktive Lebensverhältnisse begünstigte eingeschränkte und rigide Auffassung der sozialen Realität, die eine Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten behindere (S. 301). Die daraufhin geführte Kontroverse mit MECHANIC (1972 dt. 1974), innerhalb derer KOHN sein "interaktives Modell" (1972b dt. 1974) verteidigt, zeigt exemplarisch, wie zwei erfahrene Epidemiologen auf der Basis gleicher Quellen zu divergierenden Resultaten gelangen.

Die gewonnenen Daten sind also, da eine Verknüpfung nicht ohne weiteres auch eine kausale Beziehung bedeutet, mit Vorsicht zu interpretieren (BERNDT, 1968; ÖDEGARD, 1975; COOPER u. MORGAN, 1977).

1.4.2.2. Diagnoseverteilung in Krankenhausstatistiken und Fallregistern

In psychiatrischen Fallregistern wird der Versuch unternommen, die Kontakte der Bevölkerung mit allen psychiatrischen Einrichtungen zu registrieren. Zumindest enthalten sie Daten aus psychiatrischen Kliniken und Nervenarztpraxen.

WING und Mitarbeiter (1967) verglichen die Ergebnisse aus den Registern in Aberdeen (Schottland), Baltimore (USA) und Camberwell (London, England). In allen drei Regionen lag die Stichtagsprävalenz, also die Rate der in Behandlung befindlichen Patienten an einem festgelegten "census day", um 1 %. Während des Jahres nach dem "census day" nahmen weitere 1 % Kontakt zu den Versorgungsinstitutionen auf. Bezüglich der Ein-Jahres-Prävalenz einzelner Diagnosen ergaben sich jedoch z.T. erhebliche Unterschiede. Zwar kamen Persönlichkeitsstörungen mit einem Anteil an der Gesamtprävalenz von zwischen 6 und 10 % und Demenzen sowie andere organische Störungen mit 10 bis 16 % in Großbritannien wie in Amerika auf vergleichbare Werte; bei Schizophrenien und Suchten jedoch lagen die amerikanischen Angaben mit 35 % (Schizophrenien) und 15 % (Alkohol- und Medikamentensuchten) um das Anderthalb- bis Dreieinhalbfache über den britischen. Dementsprechend waren in Abderdeen und Camberwell manisch-depressive und andere funktionelle Psychosen, reaktive Depressionen und andere Neurosen stärker vertreten.

Das deutsche Mannheimer Fallregister 1974/75 (nach ZINTL-WIEGAND et al., 1978, S. 127) ist bezüglich der Diagnoseverteilung den britischen Registern sehr ähnlich, weist allerdings bei Alkoholismus und Drogenabhängigkeit mit 15 % den gleichen Wert wie in Baltimore auf.

Wir wenden uns nun Untersuchungen zu, die auf der Basis von Krankenhausdaten angestellt wurden. Erwähnt sei nur eine schweizerische Studie über die Klientel der psychiatrischen Poliklinik der Universität Lausanne, die lediglich ambulante Patienten erfaßte (SCHNEIDER et al., 1967 u. 197o). Im "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland", den die Bundesregierung 1975 vorlegte,

inden sich dagegen Hospitalisierungsraten, die für
inen Stichtag nach Informationen aus 13o Fachkran-
enhäusern errechnet wurden. Der Krankenbestand glie-
erte sich geordnet nach abnehmender Quantität in
chizophrenien (36,7 %), Schwachsinnsformen (18,5%),
ltersstörungen und andere organische psychiatrische
rkrankungen (13,o %), Suchten (9,6 %), affektive
nd andere Psychosen (8,2 %) und zahlenmäßig weniger
edeutende Krankheiten, zu denen auch Neurosen und
ersönlichkeitsstörungen mit insgesamt nicht einmal
% (S. 7). Gegenüber den Fallregistern imponiert
eben der letztgenannten Zahl besonders der hohe Wert
ospitalisierter Schizophrenien und Schwachsinnsfor-
en.

n Düsseldorf konstatierten Kurt HEINRICH und Ulrich
ÜLLER (1977) Veränderungen in der Diagnosenrangfolge.
anach haben mittlerweile Alkoholismus und Alkohol-
sychosen die Schizophrenien vom ersten auf den zwei-
en Platz verdrängt. Es folgen psychische Störungen
es höheren Lebensalters.

ie differierenden Diagnoseverteilungsmuster reflek-
ieren sicherlich zu einem Teil Veränderungen im
pektrum psychischer Auffälligkeiten. So geben die
ohen Alkoholismusraten neuerer Studien die Tatsa-
he wieder, daß beispielsweise in der BRD diese Sucht
mmer weitere Verbreitung findet und heute ein ge-
undheitspolitisches Problem ersten Ranges darstellt.
ie aufgezeigten Divergenzen haben jedoch noch einen
weiten Grund: die psychiatrische Diagnostik selbst.
ach PFLANZ beträgt die Diagnoseübereinstimmung bei
en wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbildern
ei Ärzten im gleichen Krankenhaus ungefähr 8o %,
ei Ärzten verschiedener Krankenhäuser im gleichen
and 6o bis 7o % und von einem Land zum anderen
o bis 4o % (1975, S. 153).

GLEISS und Mitarbeiter: "Hier herrscht ... Uneinheitlichkeit, Willkür und Unklarheit" (1973, S. 33). Im allgemeinen herrscht weniger Uneinheitlichkeit bei Psychosen und organisch bedingten Störungen als bei Neurosen (JAKUBASCHK u. WERNER, 1975; KENDELL, 1975; HÄFNER, 1978). Dennoch ist der Schizophreniebegriff in den Vereinigten Staaten weiter gefaßt als in Europa, sicher eine Erklärung für die oben referierten Case Register-Resultate (WING et al., 1967, S. 165). Die Diagnosegebung scheint nicht durch die Schichtzugehörigkeit des Patienten beeinflußt zu sein (KIDD u. MACKIE, 1967; CROCETTI et al., 1976). Vielmehr besteht wohl ein Zusammenhang zur Orientierung des Psychiaters (KIDD u. MACKIE, 1967) bzw. den diagnostischen Moden der Klinikdirektoren (HÄFNER et al., 1967). KENDELL (1975): "Many of these differences can be related to different conceptions of the nature of mental illness or to the demands of the setting in which the psychiatrist is operating" (S. 51). Selbst wenn man sich über die Grobcharakterisierung einer Krankheit, wie z.B. die Grundsymptome der Schizophrenie einig sei, bestünden doch Unklarheiten bei der inhaltlichen Füllung (KENDELL, 1975, S. 81).

Die Einführung international einheitlicher Diagnoseschemata in den Siebzigerjahren läßt allerdings auf eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse hoffen. Die weiter oben beschriebene grundsätzliche Diskussion um den Krankheitsbegriff der Psychiatrie läßt sich dagegen mit modifizierten Klassifikationsschemata kaum lösen.

. Darstellung der Ergebnisse

.1. Methodische Vorbemerkungen

.1.1. Das Untersuchungsfeld

nnerhalb eines einleitend umrissenen Globalprojektes ind für die folgende Untersuchung fünf Aspekte von nteresse, die anhand von Anamneseerhebungen bei Pa-ienten der Psychiatrischen Klinik der Universität - heinische Landesklinik - Düsseldorf betrachtet wer-en sollen:

1) Art von Zuweisungsinstanzen und Größenordnung der durch sie zugewiesenen Klientel
2) Ökologische Aspekte dieser Instanzen und der zufließenden Patienten
3) Verteilung von Gesamt- und Instanzenklientel auf die verschiedenen Einweisungsdiagnosen
4) Sozialstruktur der aufgenommenen Patienten
5) Einweisungsdiagnose und Schichtzugehörigkeit.

Zu den Punkten (1), (2) und zum Teil (4) haben wir bereits eine vorläufige Auswertung auf der Basis ei-ner Stichprobe vorgelegt (MÜLLER u. BUSCHER, 1977).

2.1.2. Definition der Zuweisungsinstanzen

Entsprechend der von MÜLLER entwickelten Definition verstehen wir unter Zuweisungsinstanz jede Person bzw. Personengruppe, deren Aufgabe es ist oder die sich die Aufgabe zuteilt, Menschen (einschl. sich selbst) zur Diagnostik, Therapie und Rehabilitation einer Institution des psychiatrischen Versorgungswesens zuzuführen. (MÜLLER u. BUSCHER, 1977, S. 3). Entsprechend ihrer Fachqualifikation sowie der Art ihrer Zuweisungsfunktion haben wir drei Gruppen klassifiziert (S. 3):

(1) Sachinstanzen

Unter Sachinstanzen fassen wir jene Instanzen zusammen, die sich sowohl durch Fachqualifikation als auch durch staatlich lizensierte Zuweisungsfunktion auszeichnen. Aufgrund des Gesundheitssystems in der BRD handelt es sich hierbei ausschließlich um Ärzte bzw. ärztliche Institutionen. Wir unterscheiden sechs Sachinstanzen:

- Nervenärzte

  Die niedergelassenen Ärzte für Psychiatrie und Neurologie weisen mit einer vorgeschriebenen Weiterbildungszeit von fünf Jahren ein hohes Maß an ärztlicher Fachqualifikation auf.

- Allgemeinmediziner

  Im Gegensatz zu den Nervenärzten sind die Praktischen Ärzte bzw. -entsprechend neuer Nomenklatur nach der Reform der Weiterbildungsordnung für Ärzte- Ärzte für Allgemeinmedizin nicht verpflichtet, sich über die Teilnahme an einem Kursus der Psychiatrie im Verlauf ihres Studiums hinaus in psychiatrischen Fragen fortzubilden.

- Andere Fachärzte

  Wie bei den Allgemeinmedizinern muß auch bei dieser Gruppe, deren größte Untereinheit Ärzte für Innere Medizin sind, von einer eingeschränkten Fachqualifikation ausgegangen werden.

- Krankenhäuser (außer Psychiatrische Kliniken)

  Krankenhausärzte stellen die heterogenste Sachinstanz dar mit einem Spektrum vom Assistenzarzt bis zum Chefarzt verschiedenster Fachrichtung.

- Psychiatrische Kliniken, Poliklinik der Rheinischen Landesklinik Düsseldorf

  Psychiatrische Institutionen können als Träger großer Fachqualifikation betrachtet werden.

- Gesundheitsämter

  Je nach der personellen Besetzung der Gesundheitsämter ist mit mehr oder weniger guter Qualifikation zu rechnen.

(2) Personale Instanzen

Personale Instanzen sind weder fachlich qualifizierte noch staatlich lizensierte Zuweiser. Es kann sich dabei um den Patienten selbst, um seine Familie, Verwandte, aber auch Freunde und Bekannte handeln. Aufgrund der kaum zu leistenden Objektivierung werden diese Instanzen im weiteren Text genauer differenziert.

(3) Ordnungsinstanzen

Instanzen, deren Ziel die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung ist, sind durch ihre staatlich lizensierte Zuweisungsfunktion in der Lage, besonders einschneidend in den Lebensbereich der Zugewiesenen einzugreifen. Dabei handelt es sich einerseits um Ordnungsamt und Polizei, andererseits um die Gerichte.

Wir können davon ausgehen, daß diese "Zuweisungsinstanzen im Zuweisungsprozeß eines Menschen in eine psychiatrische stationäre Versorgungsinstitution ineinander greifen", so daß häufig eine "Instanzenkette" vorliegt (S. 3). Insbesondere findet sich eine Koppelung zwischen Ordnungs- und Sachinstanzen, und zwar am eindeutigsten zwischen Ordnungs- und Gesundheitsamt.

2.1.3. Datenerhebung

Für jeden Patienten, der in der Zeit vom 1.1.1976 bis zum 3o.6.1976 in der Rheinischen Landesklinik - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf - zur Aufnahme kam, wurde ein standardisierter Erfassungsbogen angelegt. Die Zahl der aufgenommenen Patienten des Untersuchungszeitraums betrug 139o, die Zahl der Aufnahmen 1596. (Hierbei sind 33 "Aufnahmen" von Patienten nicht mitgrechnet, die von der Landesklinik nur kurz zur Neueinstellung bzw. Therapie von Allgemeinerkrankungen in ein anderes Krankenhaus überwiesen wurden und dann in die Psychiatrie zurückkehrten). Allerdings sind 53 Aufnahmen von 41 Patienten einer Privatstation sowie 63 Aufnahmen von 57 Patienten mit bis zum 31.7.1977 nicht zu erreichender Krankengeschichte nicht erfaßt. Somit verbleiben1292 Patienten mit 148o Aufnahmen, was 93 % der Gesamtklientel entspricht. Dabei haben wir folgende Daten ausgewertet:

Zuweisungsinstanz: Sitz in den Stadtteilen Düsseldorfs und außerhalb des Stadtgebietes.

Patient: Geschlecht, soziale Schicht, Erst- und Wiederaufnahme, Zuweisungsinstanz, Wohnsitz nach Stadtteil innerhalb Düsseldorfs und außerhalb, Einweisungsdiagnose bzw. bei Personale-Instanz-Einweisungen Aufnahmediagnose.

Alle Patientendaten wurden gewonnen aus den in der Klinik erstellten Krankengeschichten. Hierbei ergaben sich zwei Schwierigkeiten.

Erstens fehlte bei 14 % der Patienten eine Einweisungs- bzw. Aufnahmediagnose.

Zweitens konnte bei 12,5 % aufgrund fehlender Angaben in der Sozialanamnese keine Klassifikation innerhalb der Sozialschichtskalierung erfolgen.

Davon sind 71,o % Rentner bzw. Rentnerinnen, bei denen der frühere Beruf nicht zu ermitteln war. Die restlichen 47 Patienten waren beschrieben als Studenten, Lehrlinge, Hausfrauen, oder es fehlte jede Angabe. Sofern sich in unserem Material eine Diagnoseangabe befand, ordneten wir diese nach einem in der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie entwickelten und mit Rücksicht auf unsere Fragestellung modifizierten Klassifikationsschema mit dreizehn Untergruppen, in denen sowohl Diagnosen nach dem von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagenen ICD-Schema als auch nach dem bis vor einigen Jahren in der Bundesrepublik verwandten Würzburger Diagnosenschema zusammengefaßt werden können. Es handelt sich um folgende Gruppen:

- Schizophrenien
- Paranoide Psychosen
- Affektive Psychosen
- Organisch bedingte psychische Störungen
- Psychische Störungen des höheren Lebensalters
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
- Alkoholpsychosen und Alkoholismus
- Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
- Oligophrenie
- Selbstmord (Versuch, Tendenz)
- Von der Zuweisungsinstanz nicht näher bezeichnete Psychose
- Von der Zuweisungsinstanz nicht näher bezeichnete Depression
- Sonstige.

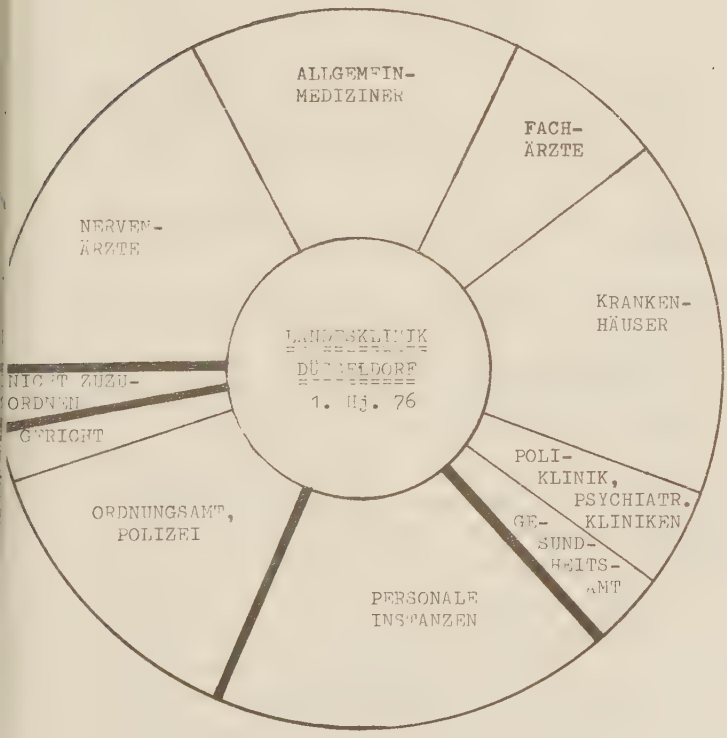
Als Indikator für die Zuteilung der Klientel zu einer Sozialschicht benutzten wir den Beruf. Um Berufe einer sozialen Schicht zuordnen zu können, hatte die Forschungsstelle bereits im Rahmen eines größeren Projektes 141o vorkommende Berufsbezeichnungen von 173 Experten mit Hilfe des KLEINING/MOOREschen Einschätzungssystems bewerten lassen.

Dabei hatte sich eine signifikant hohe Übereinstimmung der Experteneinschätzungen gezeigt. Dadurch ist es uns möglich, jedem Beruf eine soziale Schicht zuzuordnen. Bei Rentnern nehmen wir die Klassifikation nach dem früher ausgeübten Beruf vor, bei Hausfrauen nach dem des Ehepartners, bei Schülern, Lehrlingen u.a. nach dem Beruf des Haushaltsvorstands. In diesen Gruppen ist wegen der Schwierigkeiten bei der Sozialanamnese bei Rentnern einerseits und bei der Statusbestimmung der anderen Gruppen durch nicht in Behandlung befindliche und damit nicht anamnestisch befragte Personen mit einer größeren Ungenauigkeit der Angaben zu rechnen.

Zur statistischen Überprüfung unserer Angaben fand der Chi-Quadrat-Test Verwendung.

ildung 1:

ile der Instanzenklientel an der gesamten im 1. Halbjahr 1976
genommenen Klientel der Rheinischen Landesklinik - Psychiatri-
Klinik der Universität Düsseldorf



2.2. Größendimension der von den Instanzen zugewiesenen Klientel

2.2.1. Zur Zusammensetzung der Klientel

Von den untersuchten im 1. Halbjahr 1976 hospitalisierten Patienten sind 56 % Männer und 44 % Frauen. 754 (58 %) kommen aus Düsseldorf, 538 (42 %) haben ihren Wohnsitz außerhalb der Landeshauptstadt. Zum ersten Mal werden 56 % der Klientel aufgenommen, während 44 % bereits vorher mindestens auf einen Aufenthalt in der Rheinischen Landesklinik zurückblicken.

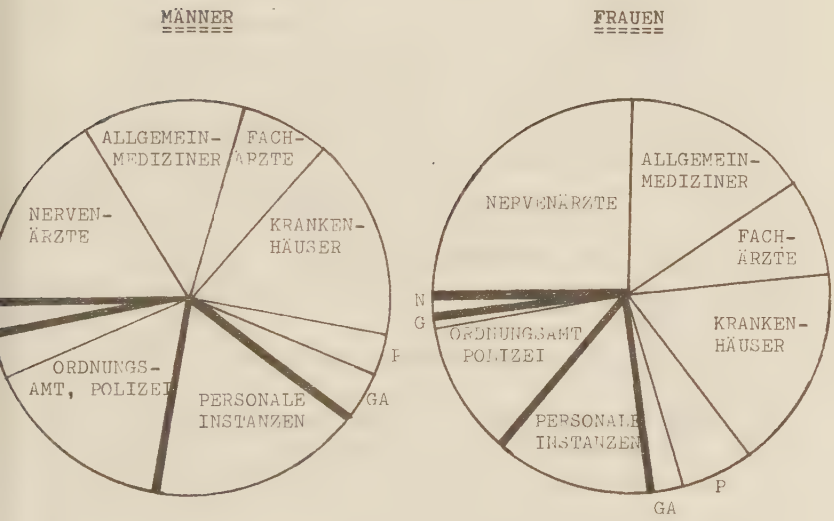
2.2.2. Quantitative Bedeutung der Instanzenklientel

Die Bedeutung der Einweisungsinstanzen für die Hospitalisierung als psychisch krank definierter Menschen läßt sich zunächst einschätzen aus dem Anteil, den Patienten dieser Instanzen an der gesamten Aufnahmeklientel stellen.

Abbildung 1 (s. auch Tabelle 1 und 3) zeigte diese Instanzenanteile. Sachinstanzen schicken zwei Drittel der Klientel und damit mehr als doppelt soviele wie Personale Instanzen und Ordnungsinstanzen zusammen, die beide auf einen Wert von knapp 16 % kommen. Von den Sachinstanzen sind die von ihrer Ausbildung her als hoch qualifiziert im Sinne ärztlicher Qualifikation zu bezeichnenden niedergelassenen Ärzte für Psychiatrie und Neurologie mit 2o,4 % für die meisten Einweisungen verantwortlich, gefolgt von Allgemeinkrankenhäusern (16,2 %) und Praktischen Ärzten (14,8%). Deutlich weniger Patienten (7,4 %) überweisen die übrigen niedergelassenen Fachärzte; die beiden verbleibenden Sachinstanzen Poliklinik/Psychiatrische Kliniken und Gesundheitsämter bleiben unter der 5 %-Grenze, ebenso wie die Ordnungsinstanz Gericht (2,2 %).

Abbildung 2:

Anteile der Instanzenklientel an der gesamten im 1. Hj. 76 aufgenommenen männlichen bzw. weiblichen Klientel



P = Poliklinik, Psychiatrische Kliniken

GA= Gesundheitsamt

G = Gericht

N = Nicht zuzuordnen

Die Patienten, die auf dem Wege der Vormundschaft oder Pflegschaft zugewiesen wurden, -wir haben sie nicht der Ordnungsinstanz Gericht zugeordnet, da die Einrichtung einer Vormundschaft oder Pflegschaft u.U. in keinem direkten Zusammenhang zur Unterbringung stand- stellen 7,1 % der Gesamtklientel. Allerdings könnte sich diese Zahl bei einer Nachprüfung der Aufnahmen mit angeblich ungeklärtem Aufnahmemodus ebenso erhöhen wie die der nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) erfolgten Unterbringungen. Auch die letztgenannte Gruppe zählen wir nicht als Gerichtseinweisungen, womit diese Instanz für forensische Fälle reserviert bleibt. Anders als bei Pflegschaft und Vormundschaft fallen PsychKG-Zuweisungen in jedem Fall in die Kategorie Ordnungsamt und Polizei. Zwei Drittel der Aufnahmen mit dieser Zuweisungsquelle sind Zwangseinweisungen nach PsychKG.

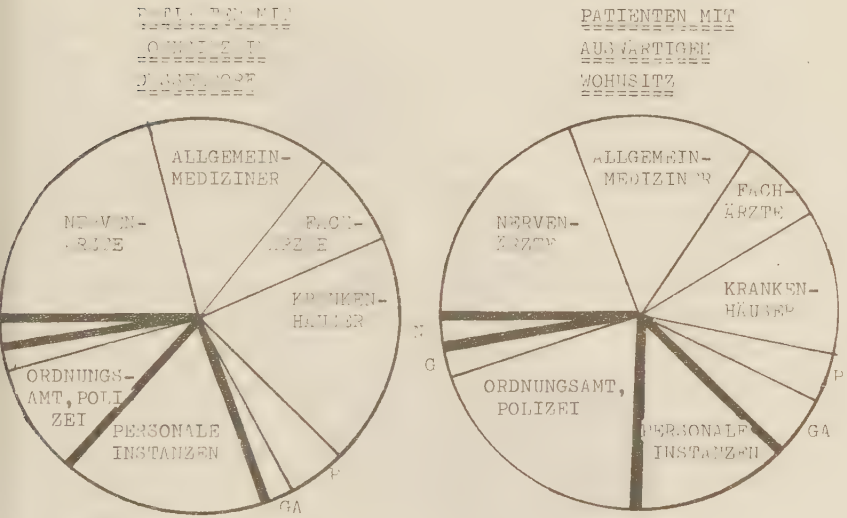
2.2.3. Geschlecht und Einweisungsinstanz

Der Vergleich männlicher und weiblicher Aufnahmen (Abb. 2, Tab. 1 u. 3) im Bezug auf die sie zuweisenden Instanzen zeigt insbesondere für die Ordnungsinstanzen einen erheblichen Unterschied: Einer Rate von 19,1 % Ordnungsinstanzzuweisungen bei den Männern stehen 11,5 % bei den Frauen gegenüber (chi^2=13,85; FG=1; p=o,ooo2o). Bei der männlichen Klientel ist also deutlich häufiger mit unfreiwilligen Aufnahmen zu rechnen.

Wenn auch die Differenz hier nicht so auffällig ist, so erreichen die Männer doch noch signifikant öfter die Klinik aus eigenem Antrieb bzw. über Freunde, Bekannte oder Verwandte (chi^2=6,34; FG=1; p=o,o1181). Aus dem bisher genannten Ergebnissen folgt, daß die

Abbildung 3:

Anteile der Instanzenklientel an der gesamten im 1. Hj. 76 aufgenommenen Klientel mit Wohnsitz innerhalb bzw. ausserhalb Düsseldorfs



P = Poliklinik, Psychiatrische Kliniken

GA= Gesundheitsamt

G = Gericht

N = Nicht zuzuordnen

Abbildung 4 : Ordnungsinstanzzuweisungsraten der Kommunen im Einzugsbereich der Rheinischen Landesklinik - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf 1. Halbjahr 76

● Rheinische Landesklinik Düsseldorf

□ bis 15%
▤ 15 - 25%
▥ mehr als 25%

der Patienten dieses Gebietes werden von Ordnungsinstanzen zugewiesen.

(Die Raten der mit x bzw. xx gekennzeichneten Städte, die sich laut Landesentwicklungsplan infrastrukturell gleichen, sind jeweils zusammengefaßt berechnet.)

Quelle: Eigene Erhebungen und Berechnungen

Karte nach Unterlagen der Landesplanungsbehörde.
Stand: 1. 7. 76

weibliche Klientel demgegenüber einen höheren Sachinstanzanteil aufweist als die männliche, was sich vor allem in der Rate der Nervenarzteinweisungen zeigt: Sie machen bei den Frauen ein Viertel aller Aufnahmen aus, bei den Männern lediglich ein Sechstel (chi^2=15,33; FG=1; p=o,ooolo).

2.2.4. Patientenwohnsitz und Einweisungsinstanz

Die Patienten haben wir entsprechend ihrem Wohnsitz nur sehr grob in zwei Gruppen unterteilt: solche mit Wohnsitz in Düsseldorf, der Landeshauptstadt Nordrhein-Westfalens mit 62o.ooo Einwohnern, Regierungssitz und Dienstleistungsmetropole, aber auch mit Industrieansiedlungen ausgestattet, und solche mit auswärtigem Wohnsitz. Das Einzugsgebiet der Landesklinik umfaßt 1,3 Millionen Einwohner aus Groß-, Mittel- und Kleinstädten unterschiedlicher Infrastruktur sowie ländlicheren Gebieten. 16o Patienten wohnten außerhalb des Einzugsbereichs, zu dessen stationärer Versorgung die Klinik verpflichtet ist. Für andere in diesem Gebiet ansässige psychiatrische Kliniken besteht diese Verpflichtung und der damit verbundene Aufnahmezwang nicht.

Ebenso wie mit dem Geschlecht variiert der Anteil von Ordnungsinstanzzuweisungen mit dem Wohnsitz der Patienten am stärksten, womit sich ein Trend unserer auf eine kleinere Stichprobenzahl beruhenden Vorauswertung (MÜLLER u. BUSCHER, 1977, S. 5) bestätigt. Die Aufnahme auswärtiger Klientel erfolgt mehr als doppelt so häufig auf Veranlassung von Ordnungsamt, Polizei und Gericht wie die der Düsseldorfer Patienten (chi^2=24,99; FG=1; p=o,oooo s.a. Abb. 3, Tabl.1 u. 3). Bei einer Differenzierung des Einzugsbereichs in seine kommunalen Untereinheiten (Abb. 4) finden wir eine Vermehrung der Ordnungsinstanzzuweisungen

Abbildung 5:

Anteile der Instanzenklientel an der gesamten im 1. Hj. 76 erst- bzw. wiederaufgenommenen Klientel

P = Poliklinik, Psychiatrische Kliniken

G = Gesundheitsamt

G = Gericht

N = Nicht zuzuordnen

mit zunehmender Entfernung von der Klinik unabhängig davon, ob es sich wie bei dem nördlichen (oberen) Schwerpunkt um eine Großstadt oder wie im Südwesten (unten) um eine ländliche Zone handelt.

Gegenüber der 22,5 %-Rate bei auswärtigen Ordnungsinstanzaufnahmen kommen die auswärtigen Personalen Instanzen nur auf 13,o %; in Düsseldorf sind es 17,4 % (chi^2=4,55; FG=1; p=o,o3293).

Der höhere Düsseldorfer Sachinstanzenwert geht im wesentlichen auf mehr Krankenhauseinweisungen (19,4% zu 11,7 %) von Bewohnern der Landeshauptstadt zurück (chi^2=13,56; FG=1; p=o,ooo23).

2.2.5. Aufnahmezahl und Einweisungsinstanz

Wir überprüften den Einfluß der Aufnahmezahl auf die Organisation der Einweisung, indem wir Patienten, die zum ersten Mal in der Rheinischen Landesklinik aufgenommen wurden, solchen Patienten, die zur Wiederaufnahme kamen, gegenüberstellten (Abb. 5, Tab. 2, 3 u. 5). Da uns die Angaben zu den Patienten interessierten, wird die zweite und jede weitere Aufnahme während des Untersuchungszeitraums nicht berücksichtigt.

Auffälligstes Ergebnis ist der mehr als verdoppelte Anteil von Patienten bei der Wiederaufnahme, die von sich aus bzw. auf Wunsch oder Drängen nahestehender Bezugspersonen die Klinik aufsuchen (chi^2=24,99; FG=1; p=o,ooooo). Die Hypothese, die Rate von 22,4 % resultiere aus einem höheren Wiederaufnahmerisiko für Personen, die bei ihrer Erstaufnahme schon auf diesem Wege hospitalisiert wurden, läßt sich augrund des gleichzeitigen zahlenmäßigen Anstiegs von 74 Erstaufnahmen auf 127 Wiederaufnahmen der Kategorie Personale Instanz zumindest relativieren.

Während der Anstieg bei den Personalen Instanzen unabhängig von der Region im gleichen Ausmaß stattfindet, verdeckt der Rückgang von Sach- und Ordnungsinstanzzuweisungen bei den gesamten Wiederaufnahmen regionale Diskrepanzen. Einweisungen Düsseldorfer Patienten bleiben sowohl anteilmäßig als auch absolut bei Erst- und Wiederaufnahmen relativ konstant. Demgegenüber nimmt die Ordnungsinstanzrate der auswärtigen Klientel stark ab,und zwar von 88 (27,2 %) Erst- auf 33 (15,3 %) Wiederzuweisungen (chi^2=1o,48; FG=1; p=o,oo121). Damit nähert sie sich Düsseldorfer Niveau.

Der absolute Rückgang von Sachinstanzzuweisungen um ungefähr ein Drittel in beiden Regionen schlägt sich in den Prozentwerten kaum nieder. Ihr Anteil bei auswärtigen Patienten differiert mit der Aufnahmezahl um weniger als ein Prozent. Allerdings reduziert sich die Düsseldorfer Rate entsprechend der zunehmenden Bedeutung personaler Instanzen von 76,4 % auf 61,6 %. Innerhalb der Sachinstanzen dieser Region halbiert sich die Rate von (nicht psychiatrischen) Krankenhausüberweisungen von einem Viertel auf ein Achtel aller Patienten mit Wohnsitz in der Landeshauptstadt (chi^2=18,3o; FG=1; p=o,ooooo). Auch bei der auswärtigen Klientel findet sich unter den Wiederaufnahmen ein kleinerer Anteil von Patienten, die durch Krankenhausärzte geschickt wurden (chi^2=3,86; FG=1; p=o,o4947); der Rückgang fällt jedoch schwächer (13,9 % zu 8,4 %) aus als in Düsseldorf und wird durch einen entsprechenden Anstieg der Quoten anderer Sachinstanzen kompensiert.

2.2.6. Zusammenfassung und Erläuterung

Wir haben die Klientel der Rheinischen Landesklinik Düsseldorf auf die Frage hin untersucht, welche In-

stanzen schließlich die Zuweisung wievieler Patienten herbeigeführt hatten. Unberücksichtigt blieb dabei, von wem primär der Impuls zum Aufsuchen des psychiatrischen Krankenhauses ausgegangen war. Zusammenfassend einige der wesentlichen Ergebnisse dieses Abschnitts:

(1) Zwei Drittel aller Patienten kommen auf Veranlassung von Ärzten zur Aufnahme, allein die Hälfte durch Nervenärzte, Krankenhäuser und Praktiker. Jeweils ein Sechstel verbleibt für Personale Instanzen und Ordnungsinstanzen.
Damit liegt die Rate von Zwangseinweisungen, selbst wenn man bei allen Ordnungsinstanzzuweisungen ein hohes Maß an Zwang unterstellt und Pflegschaft/Vormundschaft-Aufnahme addiert, noch im unteren Drittel der in der Psychiatrie-Enquéte genannten Spanne von 8 % bis 54 % in den rheinischen Kliniken (Bericht ..., S. 369).
Wir können allerdings nicht ausschließen, daß auch ein Teil der formal freiwilligen Aufnahmen unter erheblichem Druck erfolgte.

(2) Die männliche Klientel wird mit 19,1 % (137 Patienten) deutlich häufiger von Ordnungsinstanzen zugewiesen als die weibliche mit 11,5 % (66 Patienten).
SCHNEIDER und Mitarbeiter, die ein ähnliches Ergebnis in der psychiatrischen Ambulanz in Lausanne fanden, erklären sich den Unterschied mit mehr beruflichen Vergehen und Konflikten bei Männern. Es sei aber auch möglich, daß Männer einer psychiatrischen Behandlung ablehnender gegenüberständen und erst unter Druck dazu bereit seien (197o, S. 152). Die größere psychiatrische Behandlungsmotivation bei Frauen drückt sich möglicherweise in Düsseldorf in der höheren Nervenarzteinweisungsrate aus.

Wir glauben jedoch, daß auch weniger aggressionshemmende Sozialisierungsstile einerseits und restriktivere Reaktionen des Umfelds auf psychisch abweichendes Verhalten des Mannes (GRUNT, 1973) in die Diskussion um die Ursachen einzubeziehen sind.

(3) Mit zunehmender Entfernung des Patientenwohnsitzes von der psychiatrischen Klinik nehmen gleichfalls die behördlich oder gerichtlich organisierten Einweisungen zu.
Dahinter vermuten wir erstens eine wachsende Unwilligkeit der Patienten, sich außerhalb ihrer unmittelbaren Umgebung stationär behandeln zu lassen, und zweitens Unterschiede in der Vorgehensweise der Behörden. So trägt wohl die Arbeit des Psychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes Düsseldorf (BEHRENDS, 1976) auf vor- und nachsorgendem Gebiet und in engem Kontakt zu Ordnungsbehörden zur Abnahme von Zwangseinweisungen bei.

(4) Der Anteil von Patienten, die von sich aus bzw. auf Wunsch oder Drängen nahestehender Bezugspersonen zur Klinik kommen, ist bei Wiederaufnahmen aus beiden Regionen mehr als verdoppelt. Der Ordnungsinstanzwert bleibt in der Düsseldorfer Klientel relativ konstant auf dem niedrigen Niveau, bei der auswärtigen Klientel reduziert er sich bei Wiederaufnahmen von 27,2 % auf 15,3 %.
Gregor BOSCH (1971), der in einer sozialpsychiatrischen Abteilung in Frankfurt einen entsprechenden Rückgang von 41 % auf 15 % zwangseingewiesener Patienten feststellte, führt diesen auf "den Stil unserer Arbeitsweise, die spezifische Art unseres Umgangs mit den Patienten und die Modalitäten ihrer Betreuung" (S. 73) zurück. Auf diese Weise erreiche man ein höheres Maß an Freiwilligkeit bei späteren Aufnahmen.

Wir müssen zur Erklärung der zunehmenden Bedeutung Personaler Instanzen bei Wiederaufnahmen zumindest die Bekanntheit mit der Klinik und deren Behandlungsmöglichkeiten im Sinne größerer "Interaktionsmöglichkeiten der Zuweisungsinstanz zum Zuweisungsort" (MÜLLER u. BUSCHER, 1977, S. 5) als Einflußgröße berücksichtigen. Die Düsseldorfer Ordnungsinstanzrate scheint nur schwer weiter reduzierbar zu sein.
Mit BOSCH nehmen wir an, daß Zwangseinweisungen "keine schicksalhaften Notwendigkeiten" (S. 73) sind. Wir haben einige soziale Faktoren gezeigt, die die Zahl derartig verlaufender Hospitalisierungen beeinflussen. Da die Anwendung von Zwang jedoch die denkbar schlechteste Voraussetzung einer psychiatrischen Therapie ist (BOSCH, 1971; GLEISS et al., 1973; REDLICH u. FREEDMAN, 1966 dt. 1976), stellt die Bearbeitung solcher Faktoren ein wichtiges Aufgabenfeld für die Zukunft dar.

2.3. Ökologische Aspekte ärztlicher Versorgung in Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung der Nervenärzte

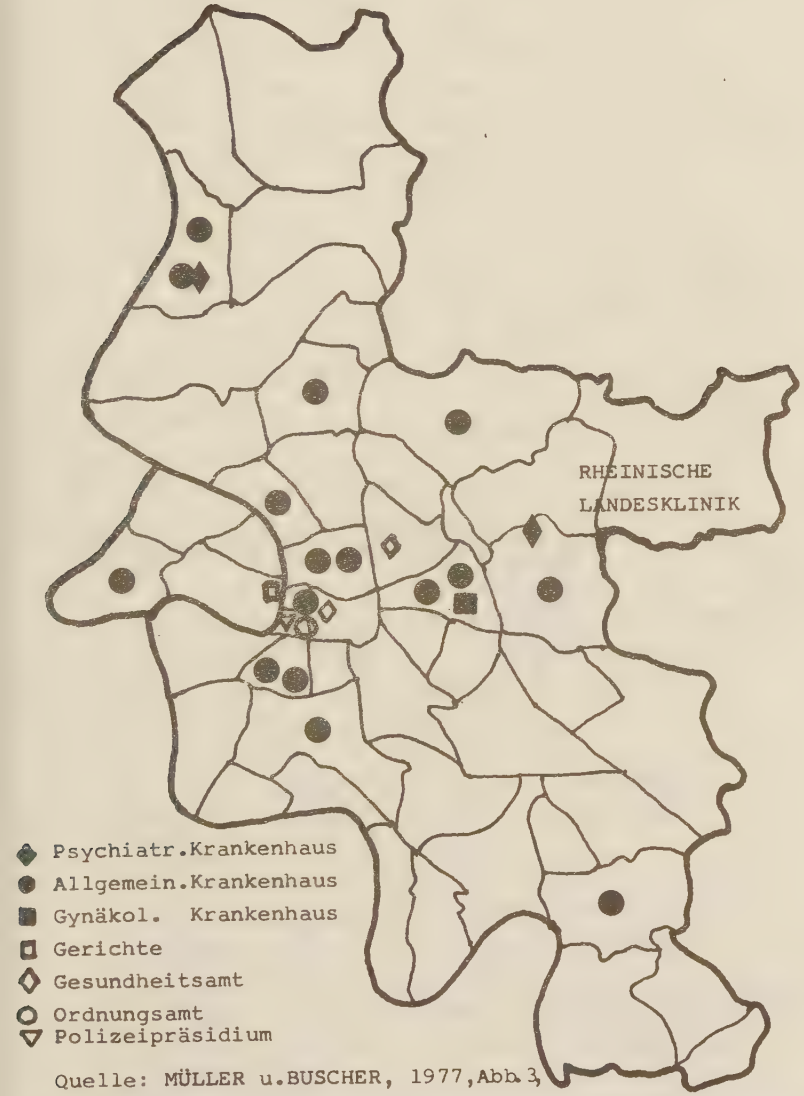
Die Frage nach der regionalen Verteilung der von uns als Einweisungsinstanzen definierten Personen und Einrichtungen stellt sich bei den Personalen Instanzen unter dem Aspekt der Versorgung nicht. Auch der Sitz eines Ordnungsamtes, der Polizeizentrale, des Gerichts und des Gesundheitsamtes "unterliegt Faktoren, die sich anderen Kriterien zuordnen als denen einer wie immer gearteten Versorgung der Bevölkerung" (MÜLLER u. BUSCHER, 1977, S. 7).

Damit bleiben für eine ökologische Studie in erster Linie niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser, die eine Betrachtung ihrer Verteilung im Siedlungsraum sinnvoll erscheinen lassen.

WILKEN (1972) untersuchte das ambulante medizinische Versorgungssystem in Düsseldorf gegen Ende der sechziger Jahre. Er fand, daß die niedergelassenen Ärzte ihre Praxen bezogen auf die Einwohnerzahl am häufigsten im Stadtkern und in Oberschichtvierteln betrieben. Dieser Konzentrationsprozeß war jedoch bei den Fachärzten einschließlich der Psychiater wesentlich stärker als bei den Allgemeinmedizinern (S. 181f.).

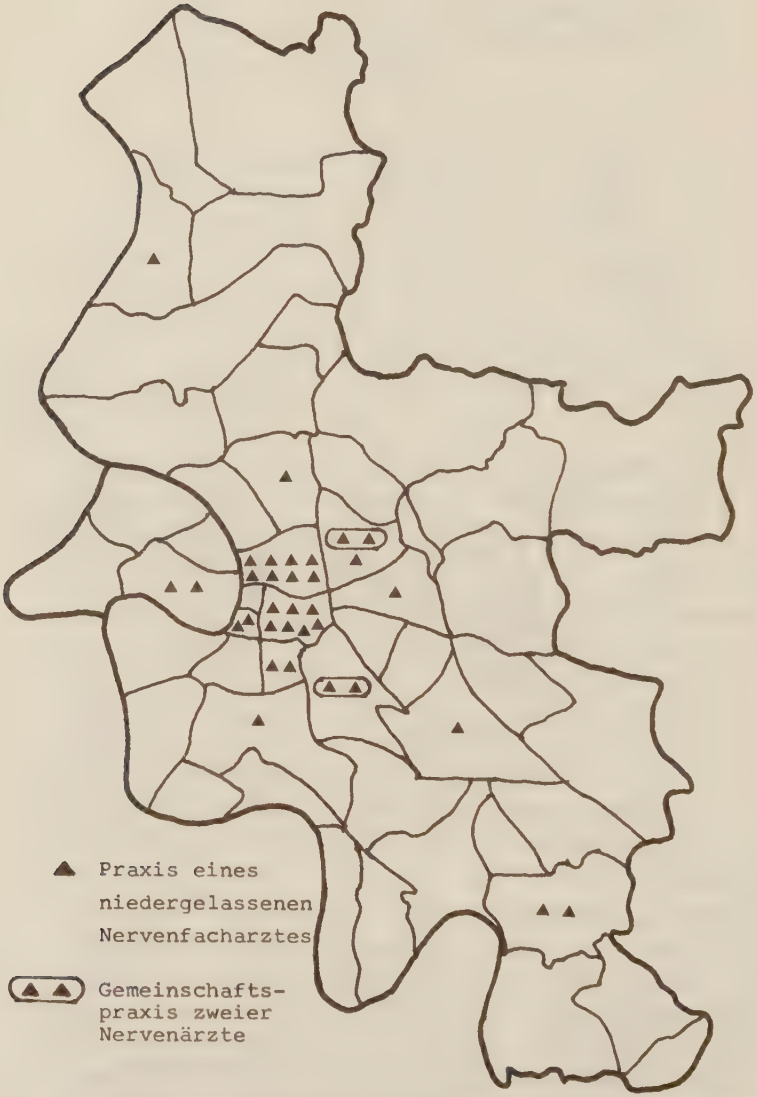
Wir haben die Verteilung der Nervenarztpraxen über das inzwischen neu gegliederte und insbesondere um einige Stadtteile erweiterte Gebiet der Landeshauptstadt im Jahre 1976 nachuntersucht. Dafür gibt es vor allem zwei Gründe: Erstens sind Nervenärzte die Einzelinstanz mit der höchsten Rate von Zuweisungen in der Klientel der Rheinischen Landesklinik.

Abbildung 6: Sitz der Zuweisungsinstanzen in den Stadtteilen im Stadtgebiet Düsseldorf



Quelle: MÜLLER u.BUSCHER, 1977, Abb.3, überarbeitet nach Unterlagen der Stadt Düsseldorf, Stand: 1.7.1976, und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Stand 1.2.1976.

Abbildung 7: Verteilung der niedergelassenen Kassenfac
ärzte für Psychiatrie und Neurologie im
Stadtgebiet Düsseldorf



Quelle: Bearbeitet nach Angaben der Kassenärztlichen
Vereinigung Nordrhein. Stand: 1.2.1976
Karte nach Unterlagen der Stadt Düsseldorf.
Stand: 1.7.1976.

Zweitens sind sie die erfahrenste zur ambulanten Behandlung psychischer Störungen berechtigte Berufsgruppe.

Außerdem wurde der Sitz der Krankenhäuser ermittelt. Nicht psychiatrisch ausgerichtete Krankenhäuser kommen bei den Düsseldorfer Patienten auf die zweithöchste Zuweisungsrate.

Abbildung 6 zeigt, daß die Zahl der Krankenhäuser in der Stadtmitte am größten ist. Im Süden findet sich jedoch mit den Medizinischen Einrichtungen der Universität Düsseldorf ein Schwerpunkt mit hoher Bettenkapazität.

Der Vergleich mit der Streuung der Ärzte für Psychiatrie und Neurologie (Abb. 7) -wir verzichten hier im Gegensatz zu einer früheren Auswertung (MÜLLER u. BUSCHER, 1977, S. 1off., Abb. 4) auf die zu ähnlichen Ergebnissen führende Einbeziehung der zur Psychotherapie befähigten niedergelassenen nicht-psychiatrischen Fachärzte- verdeutlicht, daß diese noch stärker im Zentrum konzentriert sind. So wirkt sich die Zahl von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmendem Nervenarzt auf ungefähr 19.ooo Düsseldorfer Einwohner, die weit unter dem in der Psychiatrie-Enquête angegebenen und bundesweit unerreichten Minimalwert von 1:5o.ooo (Bericht ..., 1975, S. 1o) liegt, in den einzelnen Regionen der Stadt recht unterschiedlich aus. 36 von 49 Stadtteilen bleiben gänzlich unversorgt, darunter allein ein halbes Dutzend mit mehr als 2o.ooo Einwohnern. In den zentralen Stadtteilen Pempelfort, Stadtmitte und Karlstadt, von WILKEN als Gebiete mit vergleichsweise geringem Arbeiter- und hohem Selbständigenanteil in der Bevölkerung charakterisiert (S. 281),

liegen dagegen 17 von 31 Nervenarztpraxen. Dort wohnen ganze 8,3 % der Bewohner der Landeshauptstadt.

Man könnte nun behaupten, die räumliche Verteilung der Ärzte sei für die Versorgung ohne Bedeutung, da die Patienten sich nicht aufgrund der unmittelbaren Erreichbarkeit zur Wahl eines bestimmten Arztes entschließen. Diesem Argument hielt WILKEN das Ergebnis einer INFAS-Verbraucherstudie aus dem Jahre 1964 entgegen, wonach 62 % der Patienten in Düsseldorf zu einem Arzt gingen, der sich innerhalb des Stadtteils niedergelassen hatte, in dem sie selbst wohnten.

Da wir nicht annehmen, daß sich jener Teil der Klientel der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser, den diese stationärer Behandlung zuführt, in bezug auf den Faktor Wohnsitz von der Gesamtklientel unterscheidet, und es ebenso unwahrscheinlich ist, daß sich zur Einweisung Patienten für einen in einer anderen Gegend wohnenden Arzt entscheiden als zur Behandlung, scheinen uns einige Angaben bei hospitalisierten Patienten den Einfluß lokaler Faktoren im Rahmen ärztlicher Versorgung zu belegen.

Die folgende Tabelle zeigt, wie oft die im ersten Halbjahr 1976 aufgenommene Klientel im selben oder benachbarten Stadtteil wohnte wie die zuweisende Instanz:

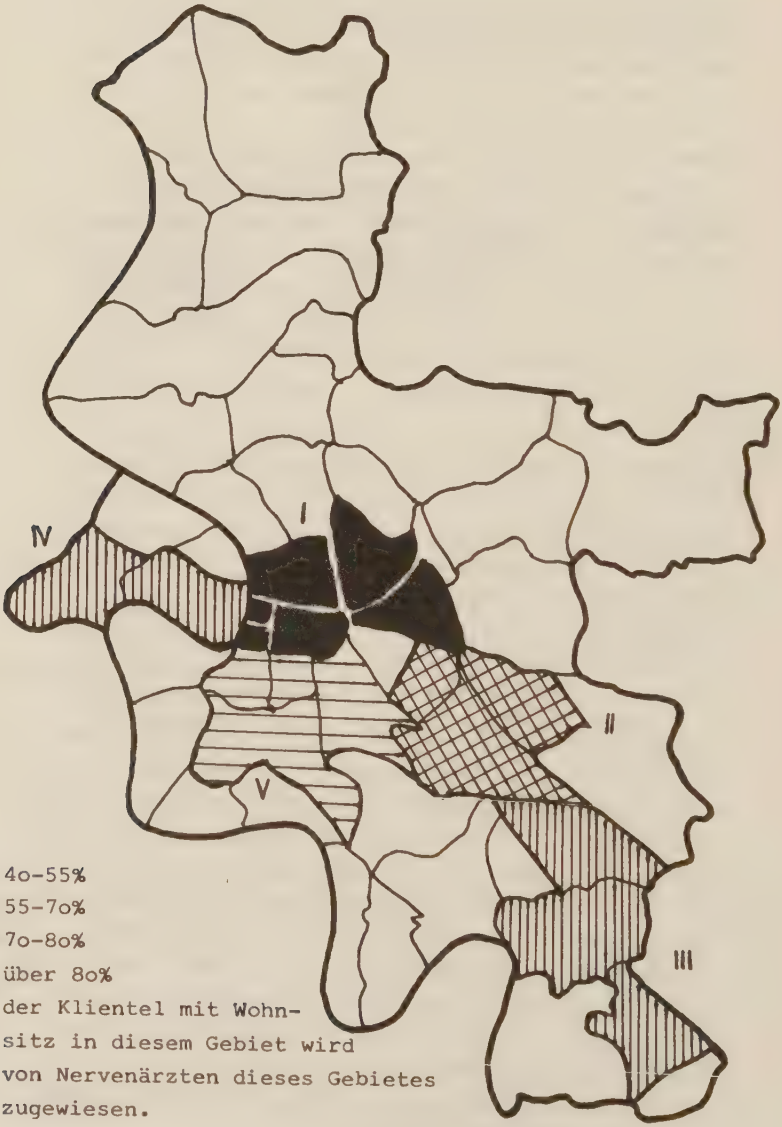
Tabelle 6

Instanz	Patient und zuweisende Instanz im selben Stadtteil	Patient und zuweisende Instanz im selben oder benachbarten Stadtteil
Praktischer Arzt	57,3 %	79, 1%
Facharzt +	37,3 %	74,6 %
Krankenhaus+	25,3 %	6o,9 %
Nervenarzt	23,4 %	59,5 %

+nicht psychiatrisch

Die Ergebnisse der zweiten Spalte lassen wohl den Schluß zu, daß die Patienten dazu tendieren, einen Arzt ihrer näheren Umgebung aufzusuchen. Bei nicht gleichmäßig über die Stadt gestreuten Arztgruppen ist das naturgemäß mit Schwierigkeiten verbunden. Die nicht auf die Psychiatrie spezialisierten Fachärzte konzentrieren sich zwar auch im Stadtkern, aufgrund ihrer größeren Anzahl ist jedoch eher als bei Krankenhäusern und Nervenärzten gewährleistet, daß einige Fachärzte in der Peripherie ihre Praxen haben. Die geringste Übereinstimmungsquote besteht also für jene Instanzen, die in den wenigsten Stadtteilen angesiedelt sind.

Abbildung 8: "Einzugsbereiche" niedergelassener Kassenfachärzte für Psychiatrie und Neurologie im Stadtgebiet Düsseldorf



Quelle: Eigene Erhebungen und Berechnungen
Karte nach Unterlagen der Stadt Düsseldorf.
Stand: 1.7.1976

In Abbildung 8 haben wir Stadtteile mit mindestens einem Psychiater und solche mit Psychiater im Nachbarstadtteil zu fünf Gebieten gruppiert und überprüft, wie häufig die hospitalisierten Nervenarztklientel mit Wohnsitz in diesen "Einzugsbereichen" von Psychiatern aus dem selben Bereich zugewiesen wurden. (Wir benutzen den Begriff "Einzugsbereich", den MÜLLER in diesem Kontext einführte, insofern anders als dieser, als MÜLLER Prozentwerte "der von Nervenärzten dieses Gebietes zugewiesenen psychiatrischen Klientel" angab, die "ihren Wohnsitz in diesem Gebiet" hatten (MÜLLER u. BUSCHER, 1977, Abb. 5).

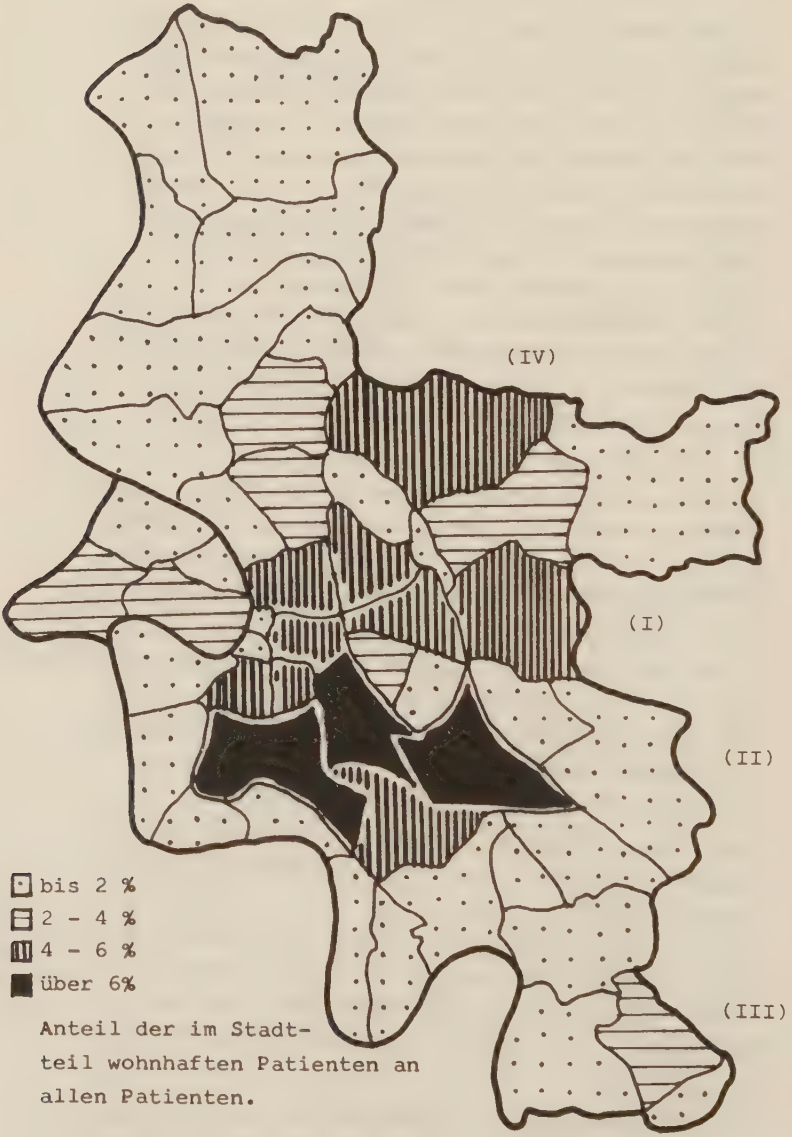
"Einzugsbereich" I umfaßt das Stadtzentrum und damit das oben beschriebene Nervenarztverdichtungsgebiet mit mehr als der Hälfte aller Praxen. Weniger als 2o % der hier ansässigen Patienten werden von einem Psychiater außerhalb dieser Region in die Klinik geschickt.

In "Einzugsbereich" II liegt die Übereinstimmungsrate immerhin noch bei 75 %. Dort befindet sich nur eine psychiatrische Praxis, die allerdings für die höchste Zuweisungsquote unter allen Nervenärzten aus Düsseldorf "verantwortlich" ist.

Hohe Übereinstimmung zwischen Arzt- und Patientenwohnsitz besteht schließlich auch noch in "Einzugsbereich" III im Süden der Stadt sowie in zwei linksrheinisch gelegenen Stadtteilen (Bereich IV), beide Gebiete jeweils mit zwei Nervenärzten ausgestattet, die zusammengenommen kaum mehr Einweisungen vornehmen als der Arzt aus"Einzugsbereich" II.

"Einzugsbereich" V, südlich unmittelbar an das Zentrum angrenzende Region mit den meisten Einwohnern,

Abbildung 9: Verteilung der psychiatrischen Aufnahmeklientel 1. Halbjahr 76 über die Stadtteile im Stadtgebiet Düsseldorf



Anteil der im Stadtteil wohnhaften Patienten an allen Patienten.

Quelle: Eigene Erhebungen und Berechnungen
Karte nach Unterlagen der Stadt Düsseldorf.
Stand: 1.7.1976.

weist den niedrigsten Wert auf: Mehr als jeder zweite Patient hat seinen zuweisenden Psychiater in einem anderen Gebiet: "Die Nähe zum "Nervenarztverdichtungsgebiet City" ist hier wohl bereits wirksam" (MÜLLER u. BUSCHER, 1977, S. 12).

Insgesamt sprechen die letztgenannten Befunde mit eben dieser Ausnahme (V) dafür, daß Patienten die ihnen nahe gelegenen Instanzen zu Beratung und Therapie aufsuchen.

Nun könnte man annehmen, die Nervenarztpraxen seien in den Gebieten mit der höchsten psychischen Morbidität konzentriert, um den hier bestehenden Bedarf zu decken.

Wir gehen davon aus, daß die hospitalisierte Klientel der Landesklinik, wenn auch unter starken Einschränkungen, als Indikator für das Vorkommen zumindest schwerer oder als schwerwiegend angesehener psychischer Auffälligkeiten in der Bevölkerung bezeichnet werden kann. Eine dieser Einschränkungen besteht z.B. darin, daß MÜLLER et al. (1977) eine positive Korrelation zwischen Arztdichte und Hospitalisierungsrate feststellten (S. 62).

Abbildung 9 zeigt die Verteilung der psychiatrischen Aufnahmen im Untersuchungszeitraum über die Stadt Düsseldorf. Es kristallisieren sich wie bei der Stichprobenauswertung (MÜLLER u. BUSCHER, 1977, Abb. 2) vier Schwerpunkte:
Ein sich von Ost nach West durch die Mitte der Stadt ziehender Gürtel (I), ein südlich davon auszumachender Schwerpunkt im Wohnbevölkerungsagglomerationsgebiet. Den dritten und vierten Schwerpunkt bilden ein südlicher und drei nördliche Stadtteile, die entsprechend den Erhebungen von WILKEN Parallelen in ihrer Bevölkerungsstruktur aufweisen mit einem

Überwiegen des Anteils der sozioökonomischen Grundschichten (Tab. 1, S. 218).

Eine Berechnung der Hospitalisierungsraten pro 1ooo Einwohnern, die von den 756 Halbjahresaufnahmen ausschließlich der Rheinischen Landesklinik ausgeht und deren für diesen Zweck doch geringe Stichprobenzahl (bei 49 Stadtteilen) nur eine vorsichtige Interpretation zuläßt, weist fast alle diejenigen Stadtteile mit einer Rate von mehr als 1,o °/oo aus, die in der von den Schwerpunkten I, II und IV gebildeten Region liegen. Nördlich und südlich davon werden diese Raten nicht mehr erreicht. Frühere Untersuchungen (WILKEN, 1972; MÜLLER et al., 1977) geben allerdings auch für Schwerpunkt III eine hohe Hospitalisierungsrate an. Trotz gewisser Vorbehalte aufgrund unterschiedlicher Erhebungstechniken spricht der Vergleich unserer Resultate mit denen von FARIS und DUNHAM (1939) aus Chicago sowie von HÄFNER und Mitarbeitern (1969) aus Mannheim für die Annahme, daß der Konzentrationsprozeß schwerer psychischer Störungen in Düsseldorf in einem weiteren Bereich stattfindet als in den beiden anderen genannten Städten. Einen möglichen Erklärungsansatz sehen wir in DUNHAMs (1969 dt. 1974) Vermutung, daß sich die Teile einer Stadt und damit die dort ermittelten Krankheitsraten durch eine Angleichung der Sozialstruktur zunehmend ähnlicher entwickelten (S. 111f.).

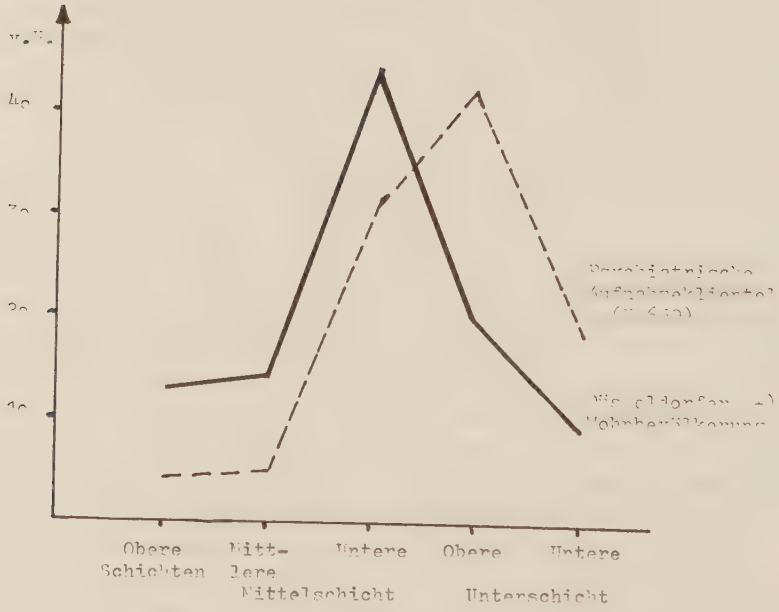
Kommen wir jedoch zurück zu unserer Ausgangsfrage, ob nämlich die Gebiete mit den meisten Nervenarztpraxen (Abb. 7) auch die mit den meisten hospitalisierten Patienten (Abb. 9) sind.

Außerordentlich geringe Übereinstimmung zwischen Arzt- und Patientendichte besteht für die Patientenschwerpunkte II und IV. Im nördlichen Schwerpunkt IV gibt es überhaupt keinen Psychiater; Schwerpunkt II

mit den höchsten Patientenkonzentrationswerten und mehr als einem Drittel aller Aufnahmen der Landesklinik beheimatet lediglich fünf Praxen.

Die hier aufgezeigten Diskrepanzen weisen u.E. früheren Untersuchungen (WILKEN, 1972; MÜLLER u. BUSCHER, 1977) entsprechend darauf hin, daß die Nervenärzte die Wahl ihres Praxisstandortes von anderen Kriterien abhängig machen als einer optimalen psychiatrischen Versorgung insbesondere der psychisch schwer kranken Bevölkerung.

Abbildung 10: Vergleich der sozialen Schichtung Düsseldorfer psychiatrischer Aufnahmeklientel mit der der Düsseldorfer Wohnbevölkerung



+) Quelle: KLEINING 1975

2.4. Einweisungsinstanz und Schichtzugehörigkeit der zugewiesenen Klientel

2.4.1. Sozialstruktur der gesamten zugewiesenen Klientel

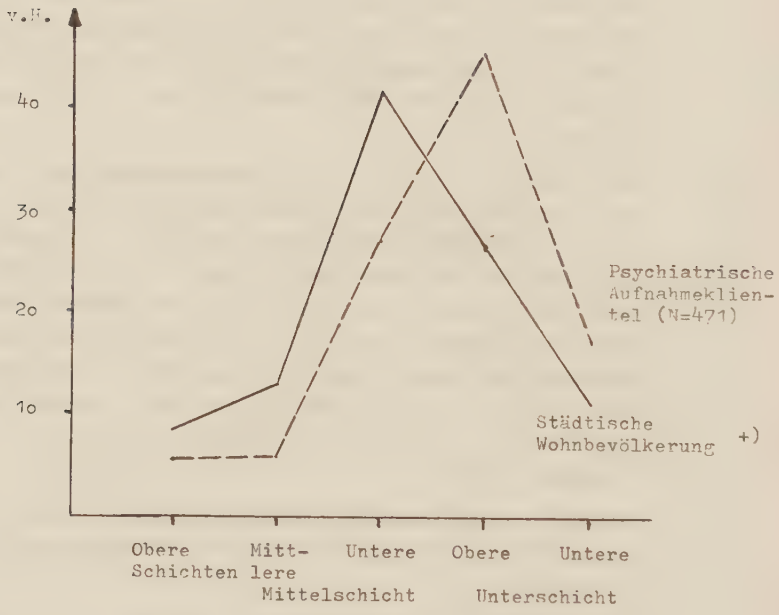
Bevor wir uns der Sozialstruktur einzelner Untergruppen der Aufnahmeklientel, die sich durch die sie zuweisende Instanz voneinander unterscheiden, zuwenden, geben wir hier einen Überblick über die Schichtzugehörigkeit der Patienten ohne eine derartige Differenzierung.

Dazu vergleichen wir die Zusammensetzung der Klientel aus Düsseldorf mit jener, die KLEINING (1975) für die Einwohner der Metropolen in der Bundesrepublik Deutschland ermittelte, und die Zusammensetzung der auswärtigen Klientel mit der von KLEINING für die städtische, nicht aber in Metropolen wohnende Bevölkerung angegebenen Sozialstruktur. Zum letztgenannten Vergleich berechtigt uns die Tatsache, daß von auswärts kommende Patienten überwiegend in Städten wohnten.

Zunächst die Gegenüberstellung von Düsseldorfer Aufnahmeklientel und großstädtischer Wohnbevölkerung (Abb. lo):

Die in ähnlicher Weise wie bei den vorläufigen Ergebnissen (MÜLLER u. BUSCHER, 1977, Abb. 1) stark gegeneinander verschobenen abgebildeten Kurven deuten auf erhebliche Diskrepanzen in den beiden Populationen hin. Während die oberen Schichten um das Vierfache, die mittlere Mittelschicht um mehr als das Zweifache und auch die untere Mittelschicht noch deutlich in der psychiatrischen Klientel gegenüber der Wohnbevölkerung unterrepräsentiert sind,

Abbildung 11: Vergleich der sozialen Schichtung der Aufnahmeklientel mit Wohnsitz ausserhalb Düsseldorfs mit der der städtischen (exkl. Metropolen) Wohnbevölkerung in der BRD



+) Quelle: KLEINING 1975

übersteigen die Anteile der Patienten in der oberen und unteren Unterschicht die der Bevölkerung um jeweils das Doppelte. Dementsprechend zählen 6o,3 % der Patienten aus der Landeshauptstadt zur Unterschicht, aber nur 29,2 % der Einwohner.

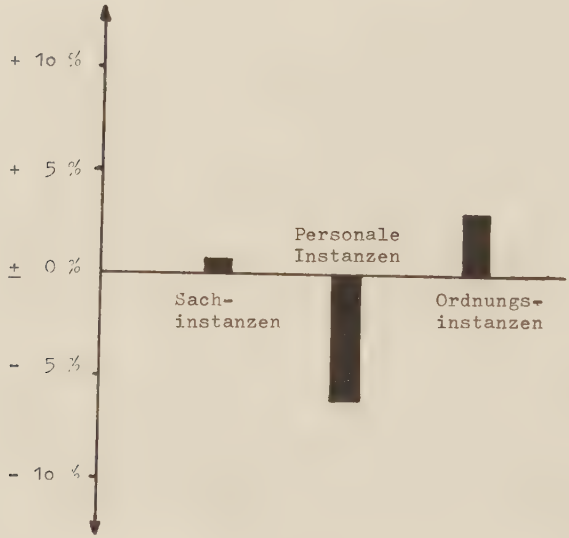
Der analog hierzu durchgeführte Vergleich für die auswärtige Klientel ist in Abbildung 11 dargestellt. Die dort gezeigten Unterschiede gehen für alle Schichten in dieselbe Richtung wie in Düsseldorf, sie divergieren jedoch in der Stärke ihrer Ausprägung. So liegt der Unterschichtanteil unter den auswärtigen Patienten zwar mit 62,o % ähnlich hoch wie bei den Düsseldorfern, er weicht aber dennoch nicht so kraß vom Anteil in der Vergleichsbevölkerung ab, da dieser 37,3 % beträgt.

Wir können die beiden Ergebnisse dahingehend zusammenfassen, daß verglichen mit der Wohnbevölkerung in beiden Patientengruppen Ober- und Mittelschichten unter-, dagegen aber Unterschichten überrepräsentiert sind. Aus den sozioökonomischen Grundschichten rekrutieren sich 61,o % der Klientel.

Mit dem Geschlecht der Patienten variiert die Schichtung in erster Linie in zwei Bereichen (Tab. 7). Frauen kommen signifikant öfter, nämlich zu 38,1 % aus der unteren Mittelschicht als Männer (24,4 %; chi^2=24,45; FG=1, P=0,ooo14), die ihrerseits mit fast 5o % gegenüber knapp einem Drittel in der oberen Unterschicht dominieren (chi^2=24,99; FG=1; p=o,ooooo). Demzufolge wäre die weibliche Klientel durch einen höheren Sozialstatus gekennzeichnet als die männliche. Wir erinnern an dieser Stelle allerdings an unsere Schwierigkeiten bei der Klassifikation der Patientinnen, die häufig nach der in den Krankengeschichten weniger genau beschriebenen beruflichen Stellung des Ehepartners vorgenommen werden mußte.

Abbildung 12:

Differenz zwischen dem Unterschichtanteil an der gesamten im 1. Hj. 76 zugewiesenen Klientel und dem entsprechenden Anteil bei Sachinstanzen, Personalen Instanzen und Ordnungsinstanzen



(+ = Unterschichtanteil der Instanz liegt um den angegebenen Prozentsatz über dem der Gesamtklientel)

Zwischen erst- und wiederaufgenommenen Patienten finden sich hinsichtlich der Sozialstruktur keine wesentlichen Differenzen (Tab. 8 u. 9). Die Unterschiede zwischen allen Erst- und allen Wiederaufnahmen sind in keiner Schicht größer als ein Prozent.

2.4.2. Sozialstruktur und Einweisungsinstanz

2.4.2.1. Schichtung der von Sachinstanzen, Personalen Instanzen und Ordnungsinstanzen zugewiesenen Klientel

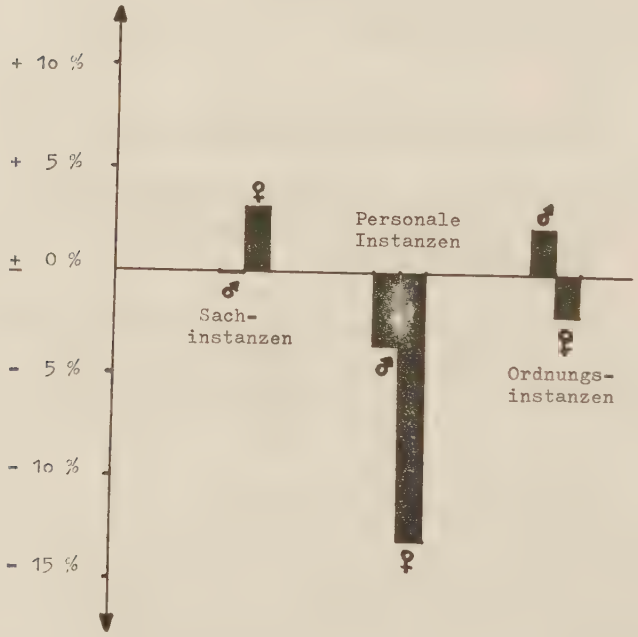
Wie Tabelle 1o und Abbildung 12 aufzeigen, hebt sich die Struktur der Patientengruppe, die von sich aus oder über Freunde und Verwandte die psychiatrische Klinik aufsucht, signifikant von derjenigen der beiden anderen Gruppen ab.

Der Unterschied zur Sachinstanzklientel (chi^2= 12,49; FG=4; p=o,o14o5) liegt vor allem in den oberen Schichten, die bei den Personalen Instanzen einen Anteil von 8,8 % ausmachen gegenüber nur 3,3 % bei den Sachinstanzen und in der oberen Unterschicht, der die ärztlich zugewiesene Klientel zu 44,1 % zuzuordnen ist gegenüber 36,8 % der Personale-Instanz-Einweisungen.

Die Abweichung von der Sozialstruktur der Ordnungsinstanzpatienten (chi^2=14,9o; FG=4; p=o,oo491) zeigt sich ebenfalls deutlich in den oberen Schichten, denen lediglich ein behördlich oder gerichtlich untergebrachter Patient angehört, und in den oberen und unteren Unterschichten mit einem Plus von jeweils vier bis fünf Prozent bei den Ordnungsinstanzen. Die Schichtung der über Personale Instanzen in die Klinik gelangenden Personen,

Abbildung 13:

Differenz zwischen dem Unterschichtanteil an der gesamten männlichen bzw. weiblichen Klientel und dem entsprechenden Anteil bei Sachinstanzen, Personalen Instanzen und Ordnungsinstanzen



(+ = Unterschichtanteil der Instanz liegt um den angegebenen Prozentsatz über dem der gesamten männlichen bzw. weiblichen Klientel; die Nullinie entspricht bei den männlichen Zuweisungen einem Unterschichtanteil von 68,3 %, bei den weiblichen einem Anteil von 5o,9 %)

zu denen auch Privatpatienten gehören, die nicht dem ärztlichen Überweisungssystem unterliegen, ist also charakterisiert durch verhältnismäßig hohe Werte im oberen Bereich der Sozialstufenskalierung und niedrige Raten im unteren Bereich.

2.4.2.2. Schichtung der Instanzenklientel und Geschlecht

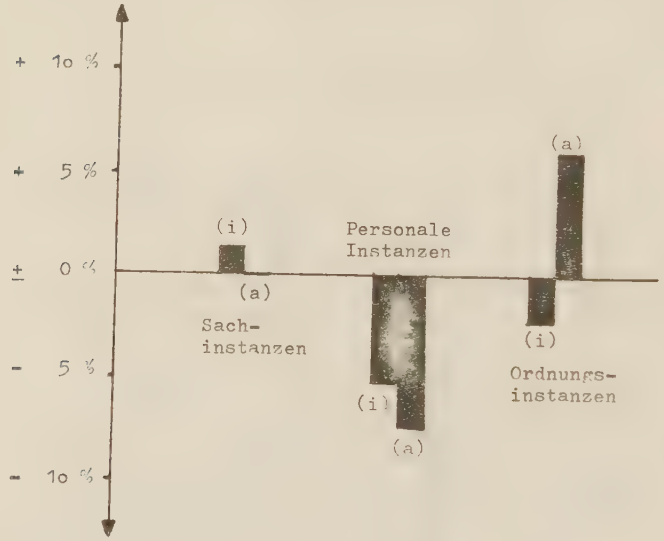
Wir wenden uns damit der nach Geschlecht differenzierten Instanzenklientel und ihrer Verteilung über die Sozialschichten zu (Tab. 11, Abb. 13).

Bei weiblichen Aufnahmen, sowohl insgesamt als auch in den drei Instanzen seltener als die männlichen den Unterschichten zuzurechnen, fällt die Sonderstellung auf, die Personale Instanzen einnehmen. Die Abweichung von den Ordnungsinstanzen ist signifikant (chi^2=1o,19; FG=4; p=o,o3738), die von den Sachinstanzen sogar sehr signifikant (chi^2=16,o7; FG=4; p=o,oo293). Der Unterschichtanteil liegt bei lediglich 38,o % und wird in den beiden anderen Patientengruppen erheblich überschritten. Die von Ärzten überwiesenen Frauen - 76,o % der weiblichen Klientel - zählen zu mehr als 5o % zur Unterschicht und stellen damit die Gruppe mit dem niedrigsten Sozialstatus.

Die Schichtung männlicher Sachinstanz- und Personale-Instanz-Klientel weicht dagegen trotz einzelner Differenzen nicht signifikant (p> o,o5) voneinander ab. Beiden gegenüber hebt sich aber die Struktur der Ordnungsinstanzpatienten ab (chi^2=14,49; FG=4; p=o,oo588). Der markanteste Unterschied liegt in dem außergewöhnlich großen Anteil von Patienten der unteren Unterschicht (28,6 %), die von Behörden oder Gerichten untergebracht werden.

Abbildung 14:

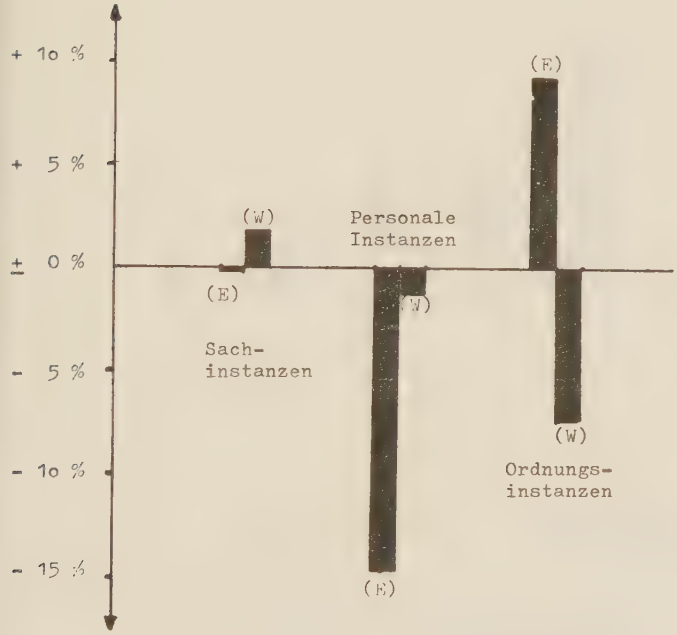
Differenz zwischen dem Unterschichtanteil an der gesamten Klientel mit Wohnsitz innerhalb bzw. ausserhalb Düsseldorfs und dem entsprechenden Anteil bei Sachinstanzen, Personalen Instanzen und Ordnungsinstanzen



(i = Wohnsitz in Düsseldorf; a = Wohnsitz ausserhalb Düsseldorfs. + = Unterschichtanteil der Instanz liegt um den angegebenen Prozentsatz über dem der gesamten Klientel mit Wohnsitz innerhalb bzw. ausserhalb Düsseldorfs; die Nullinie entspricht bei den Düsseldorfer Zuweisungen einem Unterschichtanteil von 6o,3 %, bei den auswärtigen einem Anteil von 62,o %.)

Abbildung 15:

Differenz zwischen dem Unterschichtanteil an der gesamten erst- bzw. wiederaufgenommenen Klientel und dem entsprechenden Anteil bei Sachinstanzen, Personalen Instanzen und Ordnungsinstanzen



(E = Erstaufnahmen; W = Wiederaufnahmen.
+ = Unterschichtanteil der Instanz liegt um den angegebenen Prozentsatz über dem der gesamten erst- bzw. wiederaufgenommenen Klientel; die Nullinie entspricht bei den erstaufgenommenen Patienten einem Unterschichtanteil von 6o,9 %, bei den wiederaufgenommenen einem Anteil von 61,o %.)

2.4.2.3. Schichtung der Instanzenklientel und Patientenwohnsitz

Insgesamt hatten wir eine ähnliche Sozialstruktur innerhalb und außerhalb der Landeshauptstadt wohnender Klientel vorgefunden.

Die bedeutendste Diskrepanz, die sich in den Instanzen (Tab. 12, Abb. 14) zeigt, besteht in den oberen Schichten bei der Gruppe von Personen, die ohne ärztlichen oder behördlich-gerichtlichen Antrieb zur Aufnahme kommen. Ein Sechstel dieser Patienten, sofern sie einen auswärtigen Wohnsitz haben, gehört zur Oberschicht. Düsseldorfer Patienten haben demgegenüber dreieinhalbmal weniger einen derart hohen sozialen Status. Weiterhin fiel uns auf, daß die Unterschichten, bedingt durch ein Überwiegen in der oberen Unterschicht, in der auswärtigen Ordnungsinstanzklientel mit 67,9% um fast 10% überrepräsentiert sind. Die Signifikanzüberprüfung fiel allerdings negativ aus.

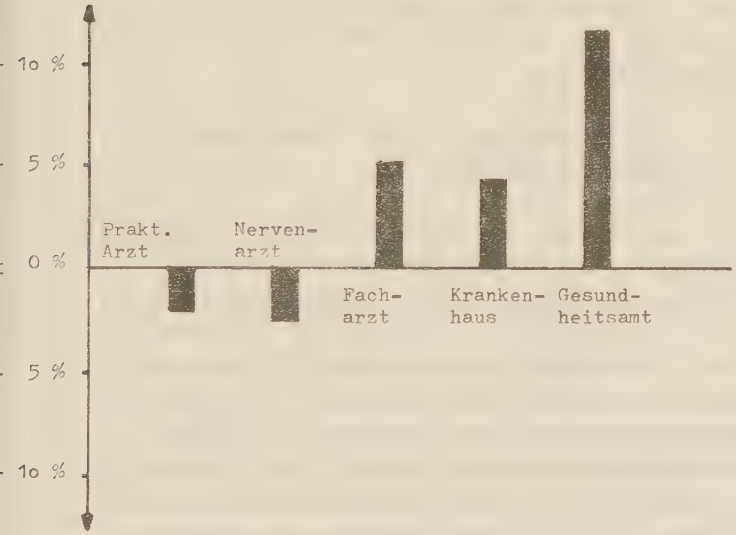
2.4.2.4. Schichtung der Instanzenklientel und Aufnahmezahl

Wie sowohl Tabelle 13 als auch Abbildung 15 erkennen lassen, unterscheiden sich die von Ärzten zugewiesenen Erstaufnahmen ähnlich den Gesamterstaufnahmen nur geringfügig in ihrer Schichtzusammensetzung von den Wiederaufnahmen.

Anders verhält es sich schon bei den Personalen Instanzen. Während nur jeder zehnte Patient, der auf diesem Weg zum ersten Mal in der psychiatrischen Klinik aufgenommen wird, der unteren Unterschicht angehört, gilt dies bei den Wiederaufnahmen für jeden vierten bis fünften (chi^2=4,62; KK=1; p=0,03164). Entsprechend nehmen die Ober- und Mittelschichten ab.

Abbildung 16:

Differenz zwischen dem Unterschichtanteil an der gesamten von Sachinstanzen zugewiesenen Klientel und dem entsprechenden Anteil bei den einzelnen Instanzen.



(+ = Unterschichtanteil der Instanz liegt um den angegebenen Prozentsatz über dem der Sachinstanzen insgesamt)

Bei der Ordnungsinstanzklientel tritt der genau entgegengesetzte Prozeß für obere und untere Unterschichten ein. Zählen bei den Erstaufnahmen noch 7o,1 % zur Unterschicht, so sind es bei den Wiederaufnahmen 53,6 % (chi^2=5,11; FG=1; p=o,o2383). Damit haben die Ordnungsinstanzen den niedrigsten Unterschichtwert für die wiederaufgenommenen Patienten unter allen Instanzen.

2.4.2.5. Schichtzugehörigkeit der Klientel einzelner Sachinstanzen

Aufgrund der zugrunde liegenden Fallzahl ist eine Beschreibung der Repräsentation verschiedener Sozialschichten nur für die größten Sachinstanzen sinnvoll und durchführbar. Dazu gehören Allgemeinmediziner, Nervenärzte, andere Fachärzte, Krankenhäuser (nicht psychiatrisch) und schließlich die Gesundheitsämter, die allerdings mit 37 Aufnahmen bereits im Grenzbereich der Auswertbarkeit liegen.

Ein Überblick über die Schichtstruktur der Klientel der fünf genannten Instanzen (Tab. 14, Abb. 16) weist darauf hin, daß Unterschichtangehörige häufiger unter den von nicht psychiatrisch ausgerichteten Fachärzten, Krankenhäusern und vor allem Gesundheitsämtern zugewiesenen Patienten auszumachen sind als bei den von Allgemeinmedizinern und Nervenärzten veranlaßten Aufnahmen. Wir müssen jedoch einschränkend betonen, daß der statistische Vergleich der Schichtverteilung über die Instanzen keine signifikant unterschiedlichen Ergebnisse nachweisen konnte.

Geschlechtsspezifische Differenzen (Tab. 15) mit einem signifikant höheren Anteil der Männer in den sozioökonomischen Grundschichten bestehen in der von Praktikern und Fachärzten überwiesenen Klientel,

nicht aber unter den Krankenhaus- und Nervenarztaufnahmen. Der Unterschichtanteil der durch Vermittlung eines Psychiaters hospitalisierten Frauen weicht von demjenigen der Männer nur um ein halbes Prozent ab. Fast jede vierte Frau dieser Gruppe kommt sogar aus der unteren Unterschicht. Dieses Resultat ist besonders erwähnenswert, da Nervenärzte die größte Zuweisungsinstanz der weiblichen Klientel sind. Eine weitere Aufgliederung der Patienten nach Wohnsitz und Aufnahmezahl (Tab. 16 u. 17) liefert u.E. keine wesentlichen und erwähnenswerten Divergenzen, so daß wir auf deren Darstellung verzichten.

2.4.3. Zusammenfassung und Erläuterung

Wir wollen die wesentlichen Ergebnisse unserer Untersuchung zur Sozialstruktur der Klientel der Rheinischen Landesklinik - Psychiatrische Klinik der Universität - und von der Bevölkerung negativ eingeschätzt als eine Institution, die "alt ist und der Verwahrung dient" (MARX, 1973, S. 362) - zusammenfassen und anhand der Literatur erläutern:

(1) Obere und untere Unterschicht sind bei den Aufnahmen im ersten Halbjahr 1976 gegenüber der Verteilung in der Bevölkerung deutlich überrepräsentiert. Ihr Anteil an der Gesamtklientel beträgt 61,0 %.
Tendenziell ähnliche Resultate sind in der Literatur vielfach angegeben (HOLLINGSHEAD u. REDLICH, 1958; ÖDEGARD, 1971; MÜLLER et al., 1977; DILLING u. WEYERER, 1978). Überraschend ist jedoch die Höhe der Abweichung von der Vergleichspopulation.
Die Landesklinik ist als Krankenhaus mit obligatorischer Regionalversorgung, d.h. mit

Aufnahmezwang für psychisch Kranke im definierten Einzugsbereich, so HEINRICH u. MÜLLER (1977), "von vornherein in großer Gefahr, zur Deponie zu degenerieren, in denen sich die sozial Schwachen sammeln" (S. 584).

(2) Regionale Differenzen sind gering. Der Sozialstatus der Frauen ist in der Regel höher als derjenige der Männer. Die Schichtung der erstaufgenommenen Klientel unterscheidet sich nicht von der für die Wiederaufnahmen ermittelten.

Zu den beiden letzten Punkten finden sich zwar einige Angaben in den oben genannten Studien. Diese sind jedoch widersprüchlich. Von Bedeutung scheint uns die Tatsache zu sein, daß nach unseren Erhebungen die Aufnahmeanzahl offensichtlich nicht die Zusammensetzung der Gesamtklientel beeinflußt.

(3) Unter den drei großen Instanzengruppen nehmen die Personalen Instanzen eine Sonderstellung ein. Patienten, die über diese Instanz, d.h. definitionsgemäß von sich aus oder auf Wunsch von Verwandten bzw. Bekannten, in die Klinik kommen, zählen signifikant öfter zu den oberen Schichten als andere Patienten. Der höchste Unterschichtanteil findet sich mit 64,o % bei den Ordnungsinstanzzuweisungen. Die Differenz zu den Sachinstanzen beträgt allerdings weniger als drei Prozent. Geht man nur von der unteren Unterschicht aus, vergrößert sich der Abstand der Ordnungsinstanzen auf gut fünf Prozent. Ein Grund für den hohen Oberschichtwert bei den Personalen Instanzen dürfte darin zu sehen sein, daß Privatpatienten in der Bundesrepublik zur Weiterbehandlung in einer Spezialeinrichtung grundsätzlich nicht auf die Über-

weisung durch den Primärarzt angewiesen sind. So ließ sich in den meisten Fällen auch kein Arzt ausmachen, der die Hospitalisierung anregte, so daß die Privatpatienten zum überwiegenden Teil unter die Zuweisungskategorie Personale Instanz fallen.

(4) Die Sonderstellung der Personale-Instanz-Aufnahmen tritt vor allem bei den Patientinnen zutage, die zu einem Zehntel den oberen Schichten und zu mehr als 5o % der mittleren und unteren Mittelschicht angehören, während die Struktur der männlichen Klientel mit dieser Einweisungsquelle sich nicht mehr signifikant von derjenigen der Sachinstanzpatienten unterscheidet. Bemerkenswert ist dagegen die starke Überrepräsentation der Unterschicht und insbesondere der unteren Unterschicht (28,6 %) in der männlichen Ordnungsinstanzklientel.

Personen, die die beiden Merkmale männliches Geschlecht und niedriger Sozialstatus gemeinsam aufweisen, unterliegen also einem verhältnismäßig hohen Risiko, unter für die spätere Behandlung ungünstigen Bedingungen von Polizei, Ordnungsämtern und Gerichten in der psychiatrischen Klinik untergebracht zu werden.

(5) Lokale Divergenzen bestehen zwischen dem Unterschichtanteil der Ordnungsinstanzaufnahmen, der bei Düsseldorfern 58,1 % beträgt, bei den auswärtigen Patienten jedoch 67,9 % (p o,o5). Weiterhin überragt der Oberschichtwert der auswärtigen Personale-Instanz-Patienten denjenigen der Düsseldorfer Aufnahmen um das Dreieinhalbfache.

Danach wären sozial Privilegierte eher bereit, eine ihrem Heimatort entferntere Klinik zur Therapie aufzusuchen.

(6) Erst- und wiederaufgenommene Sachinstanzpatienten haben eine ähnliche Schichtung, wohingegen der durchschnittliche berufliche Status der Personale-Instanz-Klientel sich bei den Wiederaufnahmen "verschlechtert" und für Ordnungsinstanzpatienten "verbessert".

Bereits 1958 untersuchten HOLLINGSHEAD u. REDLICH den Zusammenhang zwischen Überweisungsquelle und Schichtzugehörigkeit der erstmals in eine psychiatrische (inkl. ambulante) Einrichtung überwiesenen Patienten. Die Zuweisungen von Ärzten und Krankenhäusern kamen in New Haven zu 21,3 % (Landesklinik (LK): 17,o %), diejenigen von sich aus oder über Familie und Bekannte zu 7,o % (LK: lo,1 %) und schließlich die von Polizei, Gerichten und Behörden veranlaßten zu 76,o % (LK: 26,3 %) aus der untersten Schicht (eigene Berechnung nach Tab. 5 u. 6, S. 186f.). Die Ergebnisse gehen also in die selbe Richtung, wenn auch der amerikanische Ordnungsinstanzwert unser Resultat erheblich überschreitet.

Hinter der "Verschlechterung" der Schichtverteilung bei von Personalen Instanzen herbeigeführten Aufnahmen dürfen wir die durch den ersten Kontakt mit der Klinik sozial breiter gestreute Information über das Behandlungsangebot als eine Ursache vermuten. Diese bessere Information könnte eine rechtzeitigere Inanspruchnahme der Therapie auch in den Grundschichten bewirken und damit deren Überrepräsentation unter der zwangseingewiesenen Klientel zu reduzieren helfen. Die Ornungsinstanzklientel hat bei den Wiederaufnahmen den durchschnittlich höchsten Sozialstatus.

(7) Der Unterschichtanteil bei von Allgemeinmedizinern und Nervenärzten eingewiesenen Personen liegt niedriger als derjenige bei Facharzt-, Krankenhaus- und vor allem Gesundheitsamteinweisungen. Der Wert für die von Psychiatern geschickten Frauen gleicht dem der Männer.

Die Sozialstruktur hospitalisierter Gesundheitsamtpatienten weist auf die Nähe dieser Instanz zu den Behörden hin. Für die hohe Rate sozial Schwacher, die von Fachärzten in freier Praxis oder in Anstellung bei einem Krankenhaus geschickt werden, bieten sich zwei Erklärungsansätze an. Erstens wird die psychische Auffälligkeit bei Unterschichtangegörigen öfter organisch formuliert, woraus sich dann die Überweisung zum Organspezialisten ableitet, der damit diese Patienten vermehrt in seiner Praxis auffindet (BOCKEL u. DIETRICH, 1976). Zweitens ist die soziale Distanz zwischen (nicht psychiatrischen) Fachärzten und unteren sozialen Schichten größer als die zu den in der ärztlichen Rangordnung an unterer Stelle stehenden Praktikern und Nervenärzten (PAUL u. STIRN, 1975), die die Fachärzte eher veranlassen könnte, die immer noch mit Diskriminierungen verbundene Hospitalisierung vorwiegend bei Personen aus den sozioökonomischen Grundschichten einzuleiten. Zur Verifizierung dieser Hypothese fehlen uns in erster Linie Angaben über die Schichtverteilung der Patienten in Praxen und Krankenhäusern.

Dagegen liegen uns diese Daten für Allgemeinpraxen nach Untersuchungen in Mannheim (ZINTL-WIEGAND et al., 1978) und im oberbayerischen Landkreis Traunstein (DILLING et al., 1978) vor, so daß wir einen Vergleich mit unserem Ergebnis vornehmen können:

Tabelle 18

Soziale Schicht	Praxis in Mannheim	Psychiatr. Fälle in Traunstein+	Keine Psychiatr. Diagnose Traunstein+	Überweisungsbedürftigkeit (T)+	Nicht überweisungsbedürftig+	Praktik zuweisu Düsseld
I	o,2	1,3	1,1	2,o	1,o	2,5
II	5,4	7,1	4,3	7,4	5,1	6,2
III	38,4	38,o	37,7	33,2	38,7	31,7
IV	47,3	41,5	42,7	45,5	41,6	47,2
V	8,8	12,1	14,1	11,9	13,5	12,4

+Fallidentifikation durch Interviewer und/oder Ärzte

Sowohl in Mannheim als auch in Traunstein ist die obere Unterschicht (IV) in den Praxen der Ärzte für Allgemeinmedizin gegenüber der Bevölkerung deutlich überrepräsentiert. Für die Vermutung, daß die Praktiker aus ihrer Klientel wesentlich mehr Unterschichtpatienten hospitalisieren, als dies ihrem Anteil in der Praxis entsprechen würde, gibt es keinen Anhaltspunkt.

Vergleichen wir die Schichtstruktur der psychiatrischen Patienten in acht oberbayerischen Nervenarztpraxen (DILLING et al., 1975) mit derjenigen der Nervenarztzuweisungen der Landesklinik Düsseldorf, ergibt sich ein ähnliches Resultat:

Tabelle 19

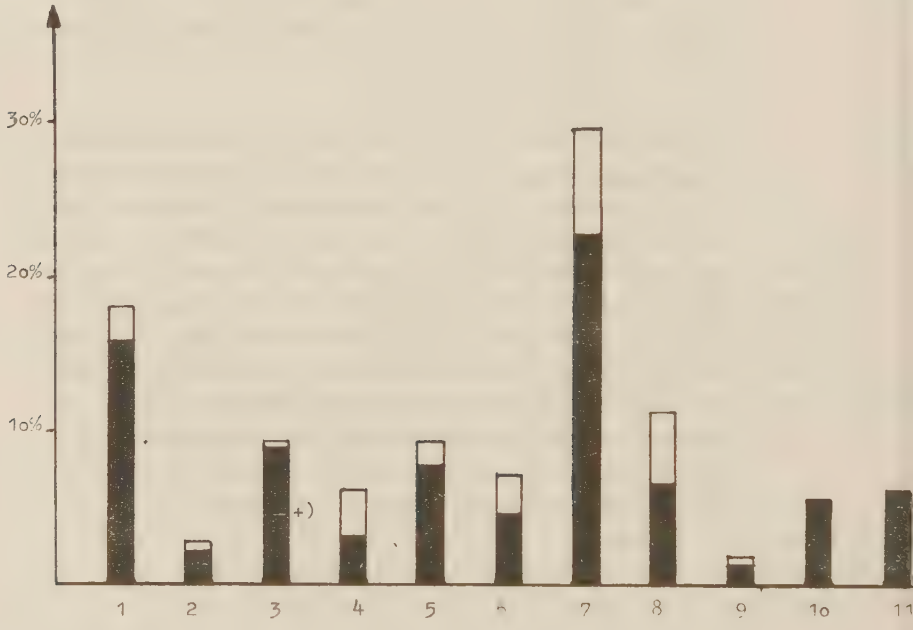
Soziale Schicht	Psychiatrische Nervenarztpatienten Traunstein	Nervenarztzuweisungen Düsseldorf
I	1,7	3,9
II	8,5	4,3
III	33,o	32,7
IV	4o,5	41,4
V	16,3	17,7

Selbst wenn man Unterschiede in der Sozialstruktur der Bevölkerung der verglichenen Gebiete berücksichtigt, weisen die Übereinstimmungen darauf hin, daß die Überrepräsentation sozial schwächer gestellter Personen in den psychiatrischen Kliniken nicht durch Selektionsprozesse von seiten der Praktischen Ärzte und Psychiater im Sinne eines Abschiebens sozial Unerwünschter bedingt ist. Es wäre jedoch wünschenswert, daß uns weitere Praxis- und vor allem auch Krankenhausstudien vorlägen.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß die einzelnen Zuweisungsinstanzen in unterschiedlichem Ausmaß am Zustandekommen der Überrepräsentation unterer Schichten in der Klientel der von uns untersuchten Klinik beteiligt sind. Für die meisten Instanzen können wir die Frage, ob diese selbst an der genannten Diskrepanz durch gehäufte Hospitalisierung sozial Minderprivilegierter in die Rheinische Landesklinik mitwirken, noch nicht beantworten. Bisher besteht ein Mangel an Untersuchungen über die Sozialstruktur aller Klienten und der psychiatrischen Fälle, die durch die Instanzen "versorgt" werden.

Abbildung 17:

Häufigkeit von Einweisungsdiagnosen der Klientel der Rheinischen Landesklinik - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf im 1. Halbjahr 1976



= Prozentwert der Patienten mit ausschließlich dieser Diagnose

= Prozentwert der Patienten mit dieser und einer anderen Diagnose

1 Schizophrenien
2 Paranoide Syndrome
3 Affektive Psychosen (Nullinie bis zur Markierung (+)) und nicht näher definierte Depression
4 Organisch bedingte psychische Störungen
5 Psychische Störungen des höheren Lebensalters
6 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
7 Alkoholpsychosen und Alkoholismus
8 Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
9 Oligophrenie
10 Selbstmord (Versuch, Tendenz)
11 Nicht näher bezeichnete Psychose

2.5. Einweisungsinstanz und Einweisungsdiagnose-verteilung bei der zugewiesenen Klientel

2.5.1. Vorbemerkungen

Die Interdependenz zwischen Diagnose und Patientenkarriere war im Gegensatz zu der zwischen Sozialschicht und Therapie sowie Prognose kaum jemals im medizinischen System in Frage gestellt worden. Die von den einweisenden Instanzen bei den einzuweisenden Personen gestellten Diagnosen stellen eine entscheidende Kenngröße des Hospitalisierungsvorganges dar, dienen sie doch nicht zuletzt der Legitimierung und Einleitung der Klinikaufnahme.

Anders als die Sach- und Ordnungsinstanzklientel, die vor der Aufnahme in der Regel von einem Arzt und sei dies ein ärztlicher Gerichtsgutachter diagnostisch klassifiziert werden, kommt die Personale-Instanz-Klientel ohne Diagnose zur Klinik. Hier erfolgt die "diagnostische Abklärung" durch den Aufnahmearzt. Wenn im folgenden Kapitel auch im Zusammenhang mit dieser Instanz die Rede von "Einweisungsdiagnosen" ist, so geschieht dies zur Vereinfachung der Darstellung. Exakter wäre die Bezeichnung "Aufnahmediagnose".

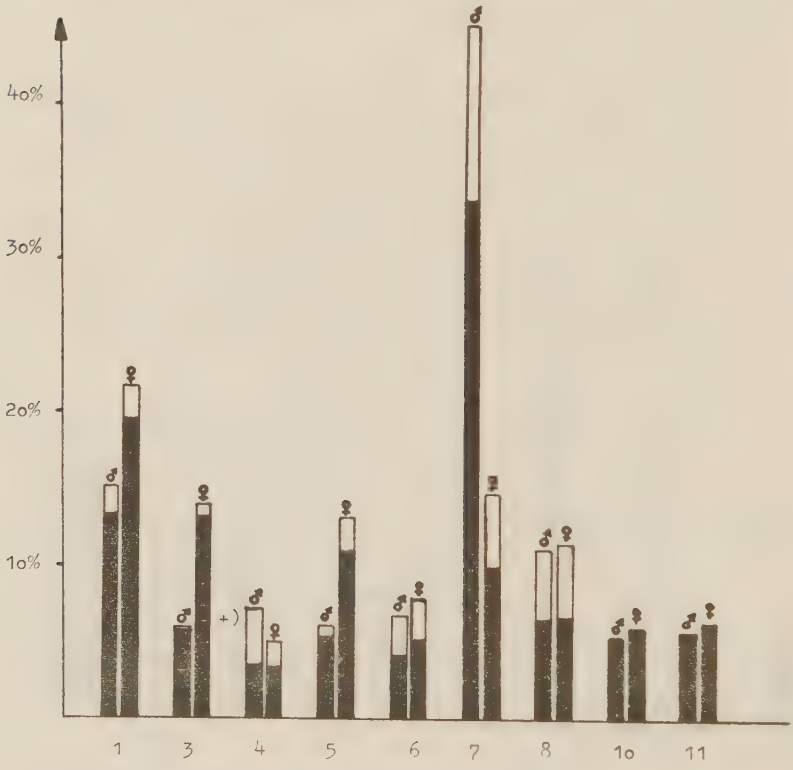
2.5.2. Einweisungsdiagnosen der gesamten zugewiesenen Klientel

Abbildung 17 und Tabelle 2o zeigen die Verteilung der im 1. Halbjahr 76 in die Psychiatrische Landesklinik Düsseldorf aufgenommenen Patienten auf die Einweisungsdiagnosen.

In der Rangliste der meistgenannten Diagnosen liegen "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" mit klarem Ab-

Abbildung 18:

Häufigkeit von Einweisungsdiagnosen männlicher und weiblicher Patienten der Rheinischen Landesklinik



= Prozentwert der Patienten mit ausschließlich dieser Diagnose
= Prozentwert der Patienten mit dieser und einer anderen Diagnose

1 Schizophrenien
3 Affektive Psychosen (Nullinie bis zur Markierung (+) und nicht näher definierte Depression
4 Organisch bedingte psychische Störungen
5 Psychische Störungen des höheren Lebensalters
6 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
7 Alkoholpsychosen und Alkoholismus
8 Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
10 Selbstmord (Versuch, Tendenz)
11 Nicht näher bezeichnete Psychose

stand an der Spitze: 22,7 % der Klientel sind ausschließlich auf diese Weise klassifiziert. Einschließlich der Fälle, in der neben der Alkoholkrankheit nach Meinung der Einweiser noch eine weitere psychiatrische Störung bestand, wird eine Rate von knapp 3o % erreicht.

An zweiter Stelle folgen "Schizophrenien" mit 15,8 % (inkl. Kombinationen 17,9 %).

Jeweils bei ungefähr jedem zehnten Patienten hatten die Zuweisungsinstanzen eine der drei folgenden Diagnosen gestellt: "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit" (11,2 % inkl. Komb.), "Affektive Psychosen einschließlich der vom Zuweiser nicht näher definierten Depression" (5,o + 4,4 %) sowie "Psychische Störungen des höheren Lebensalters" (9,2 %).

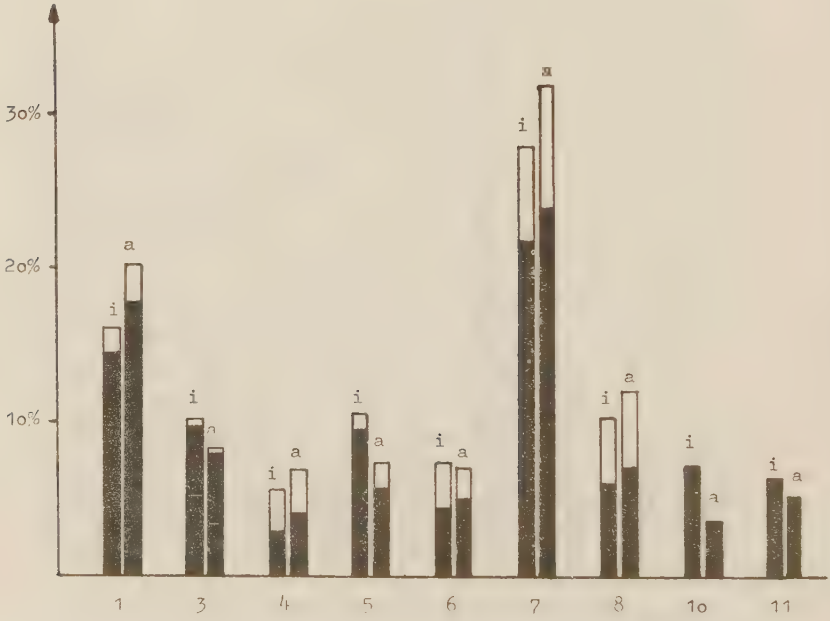
Zwischen 7,5 % und 5,o % der Klientel fallen die Diagnosegruppen "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" (7,2 %), "Organisch bedingte psychische Störungen" (6,2 %), "Nicht näher bezeichnete Psychose" (6,o %) und schließlich "Selbstmord(Versuch, Tendenz)" (5,7 %). Im letztgenannten Wert sind nicht solche Patienten enthalten, bei denen neben einer anderen Diagnose Suizidalität oder eine Suizidanamnese beschrieben war.

"Paranoide Syndrome" (2,8 %) und "Oligophrenie" (1,8 %) sind die am seltensten genannten Einweisungsdiagnosen. Für eine Differenzierung nach Geschlecht, Wohnort und Aufnahmezahl kommen sie nicht mehr in Frage.

Hochsignifikante Häufigkeitsunterschiede mit dem Geschlecht der Patienten (Abb. 18, Tab. 2o) bestehen bei drei Diagnosen. Am auffälligsten ist die Diskrepanz bei "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" mit einer Rate von 41,9 % bei der männlichen und 14,5 %

Abbildung 19:

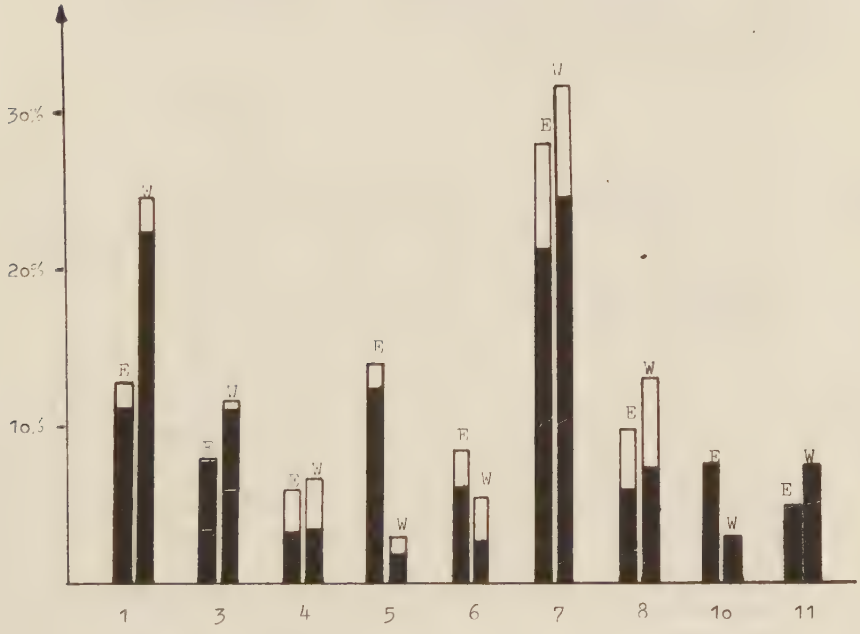
Häufigkeit von Einweisungsdiagnosen bei Patienten der Rheinischen Landesklinik mit Wohnsitz innerhalb (i) und ausserhalb (a) Düsseldorfs



Legende s. Abb. 18

Abbildung 20:

Häufigkeit von Einweisungsdiagnosen erst- (E) und wiederaufgenommener (W) Patienten der Rheinischen Landesklinik



Legende s. Abb. 18

bei der weiblichen Klientel (chi^2=24,99; FG=1, p=o,ooooo). Umgekehrt ist der Anteil der "Affektiven Psychosen und nicht näher bezeichneten Depressionen" (chi^2=21,49; FG=1; p=o,ooooo) und der "Psychischen Störungen des höheren Lebensalters" (chi^2=16,22; FG=1; p=o,oooo8) bei den Frauen mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern. Gleichfalls liegt der Schizophreniewert der weiblichen Klientel (21,5 %) höher als derjenige der männlichen (15,o % / chi^2=7,84; FG=1; p=o,oo5lo).

Die Differenzierung in Patienten mit Wohnsitz in Düsseldorf und solche mit auswärtigem Wohnsitz (Abb. 19) (Tab. 2o) ergibt für keine Diagnose eine Diskrepanz von mehr als fünf Prozent. Allerdings kommen von auswärts nur halb so viele Personen in die Klinik, die ausschließlich als suizidal charakterisiert wurden (chi^2=6,28; FG=1; p=o,ol22l).

Stellt man Erst- und Wiederaufnahmen einander gegenüber (Abb. 2o, Tab. 21), so reduziert sich der Anteil der Alterskrankheiten bei der wiederaufgenommenen Klientel um das Fünffache (chi^2=24,99; FG=1; p=o,ooooo). Nur noch halb so groß wie bei den Erstaufnahmen ist die Selbstmordrate bei Patienten, die bereits mindestens einmal stationär psychiatrisch behandelt wurden (chi^2=11,o4; FG=1; p=o,ooo9o). Der Rückgang bei "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" von 8,4 % auf 5,5 % ist nicht mehr signifikant (p>o,o5).

Dagegen steigt bei den Wiederaufnahmen der Prozentsatz der Suchten und vor allem der endogenen Psychosen, Schizophrenien einerseits (chi^2=24,99; FG=1; p=o,ooooo) und Affektiven Psychosen - anders als bei nicht näher bezeichneten Depressionen - andererseits (chi^2=4,69; FG=1;, p=o,ßo4l), deutlich an.

2.5.3. Einweisungsdiagnosen und Einweisungsinstanz

2.5.3.1. Einweisungsdiagnosen bei der von Sachinstanzen, Personalen Instanzen und Ordnungsinstanzen zugewiesenen Klientel

Die Rangfolge der in der Instanzenklientel am stärksten (einschließlich Kombinationen mehr als 10 %) vertretenen Diagnosegruppen zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 22

Einweisungsdiagnose	Instanz		
	Sachinstanz	Personale Instanz	Ordnungsinstanz
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	1.	1.	1.
Schizophrenien	2.	2.	2.
Medikamenten und Drogenabhängigkeit	5.	3.	4.
Psychische Störungen des höheren Lebensalters	3.	Ø	Ø
Affektive Psychosen und nicht näher definierte Depression	4.	Ø	Ø
Nicht näher bezeichnete Psychose	Ø	Ø	3.
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	Ø	4.	Ø

In allen Instanzen nimmt also gemessen an der Zahl der Zuweisungen mit dieser Diagnose die Gruppe "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" gefolgt von "Schizophrenien" den ersten Rang ein. Auch "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit" ist eine von allen drei Zuweisern häufig gestellte Diagnose. Analysiert man genauer, in welchem Ausmaß die genannten Diagnosen bei den Aufnahmen dominieren (Tab. 23), so imponiert in erster Linie die Häufigkeit, mit der bei Patienten, die aus eigenem Antrieb oder über Verwandte bzw. Freunde zur Klinik kommen, eine Alkoholkrankheit attestiert wird: Bei mehr als jedem Zweiten stellte der aufnehmende Arzt der Landesklinik diese Sucht oder eine sich daraus ableitende Störung fest.

Neben "Schizophrenien" und "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit" spielen noch "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" bei lo,l % der Personale-Instanz-Einweisungen eine größere Rolle.

Die von den als Sachinstanzen zusammengefaßten Ärzten und ärztlichen Institutionen überwiesene Klientel verteilt sich am gleichmäßigsten über die Diagnosen. Außer den bereits aufgeführten Gruppen sind die psychischen Alterskrankheiten sowie "Affektive Psychosen" inkl. "Depressionen", die nicht näher spezifiziert wurden, mit mehr als lo % vertreten. Bei vier weiteren Diagnosen liegt die Rate zwischen 5 % und 7,5 %.

Der Alkoholikeranteil ist bei den Ordnungsinstanzen mit 27,9 % nur wenig höher als bei den Sachinstanzen. An zweiter Stelle folgen "Schizophrenien" mit dem verhältnismäßig hohen Wert von 21,8 %, dann mit 13,3 % "Nicht näher bezeichnete Psychosen". Dieses Ergebnis resultiert nicht zuletzt daraus, daß den Ärzten bei einer Unterbringung nach PsychKG ein halbstandardisierter Fragebogen vorgelegt wird, in

dem sie u.a. die Kategorie "Psychose" ankreuzen können. Auf eine Differenzierung wurde dabei oft verzichtet. Neben den nicht alkoholinduzierten Suchten sei noch die zwischen 6 % und 7 % liegende Ordnungsinstanzrate für "Selbstmord" und "Organisch bedingte psychische Störungen" erwähnt.

2.5.3.2. Einweisungsdiagnosen der Instanzklientel und Geschlecht, Wohnsitz sowie Aufnahmezahl

In den Tabellen 24 bis 26 ist die Instanzenklientel nach Geschlecht, Wohnsitz und Aufnahmezahl differenziert. Trotz gradueller Unterschiede ergeben sich gegenüber den bereits für die Gesamtklientel beschriebenen Tendenzen keine wesentlichen neuen Aspekte.

2.5.3.3. Einweisungsdiagnosen der Klientel einzelner Sachinstanzen

Auch die Rangfolge für die bei den Aufnahmen der wichtigsten Sachinstanzen am stärksten (einschließlich Kombinationen mehr als 7,5 %) vertretenen Diagnosen haben wir ermittelt:

Tabelle 27

Einweisungsdiagnose	Instanz			
	Praktischer Arzt	Nervenarzt	Facharzt+	Krankenhaus+
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	1.	3.	1.	1.
Aff. Psychosen u. nicht näher definierte Depression	3.	2.	2.	Ø
Schizophrenien	4.	1.	Ø	4.
Medikamenten-u. Drogenabhängigkeit	5.	6.	5.	3.

Fortsetzung Tabelle 27

Psychische Störungen des höheren Lebensalters	2.	5.	3.	ø
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	ø	ø	ø	2.
Nicht näher bezeichnete Psychose	ø	ø	4.	ø
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	ø	4.	ø	ø
Organisch bedingte psychische Störungen	ø	ø	ø	5.

+nicht psychiatrisch

Wie die Tabelle zeigt, ist das Diagnosespektrum bei den Patienten einzelner Sachinstanzen durchaus unterschiedlich, so daß für die Zuweisungen jeder Instanz ein charakteristisches Muster auszumachen ist (Tab. 28 bis 31).

Ärzte für Allgemeinmedizin diagnostizierten bei den von ihnen in die psychiatrische Klinik überwiesenen Personen in einem Drittel der Fälle eine Alkoholkrankheit. Bei fast jedem Fünften - und hierin besteht die auffälligste Diskrepanz zu den restlichen untersuchten Sachinstanzen - stellten sie "Psychische Störungen des höheren Lebensalters" fest. Jede zehnte Praktikerzuweisung erfolgt unter einer Diagnose aus den Gruppen "Affektive Psychosen und nicht näher bezeichnete Depression", "Schizophrenien" sowie "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit".

Weniger als halb so groß wie bei den Praktikern ist die Alkoholikerrate bei Nervenarztaufnahmen. Diese sind gegenüber der Klientel der anderen Sachinstanzen in erster Linie durch hohe Anteile endogener

Psychosen, "Schizophrenien" 24,5 % sowie "Affektive Psychosen" 9,2 % und "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" 12,9 % gekennzeichnet. Altersstörungen und vom einweisenden Arzt nicht näher definierte Depressionen sind gleichfalls noch relativ häufig vertreten.

Die nicht psychiatrischen niedergelassenen Fachärzte, vorwiegend Internisten, diagnostizierten bei der durch ihre Vermittlung hospitalisierten Klientel, zu 27,9 % "Alkoholpsychosen und Alkoholismus". Ungefähr ein Sechstel ihrer eingewiesenen Patienten hat nach Angaben der Fachärzte eine Störung aus der Gruppe "Affektive Psychosen (7,o %) und nicht näher bezeichnete Depression (9,3 %)". An dritter und vierter Stelle folgen "Psychische Störungen des höheren Lebensalters" und "Nicht näher bezeichnete Psychosen". Nur jeder zwanzigste Facharztpatient wurde unter einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis zugewiesen.

Vor allem bei den männlichen, den außerhalb Düsseldorfs wohnenden und den wiederaufgenommenen Krankenhauseinweisungen nehmen die Alkoholkrankheiten wiederum den ersten Rang ein. Insgesamt liegt der Anteil in ähnlicher Höhe wie bei den Fachärzten. Bevor wir auf die zweitgrößte Gruppe, Patienten mit der Diagnose "Selbstmord (Versuch, Tendenz)", eingehen, sei auf "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit" und "Organisch bedingte psychische Störungen" verwiesen, die nach Meinung der Krankenhausärzte bei jedem sechsten bzw. achten von ihnen überwiesenen Patienten vorlag.
Die Beschreibung eines Selbstmordversuchs oder weiterhin bestehender Suizidalität stellt keine Diagnose im engeren Sinne dar. Vielmehr ist es möglich, daß sich das gezeigte oder vermutete Verhalten im Rahmen einer diagnostizierbaren Störung, z.B. einer

Schizophrenie oder neurotischen Depression, abspielt. Deshalb haben wir die Raten der Aufnahmen, bei denen vom Einweiser entweder als einzige "Diagnose" oder als Verhaltensbeschreibung zusammen mit einer anderen Diagnose Suizidalität bescheinigt wurde, in Tabelle 32 gesondert aufgeführt.

Danach findet sich bei einem Drittel der Krankenhausklientel ein Hinweis auf Suizidalität. Frauen sind wie in allen untersuchten Sachinstanzen stärker betroffen als Männer. Der Anteil bei den Fachärzten beträgt 2o,9 %, bei Nervenärzten 12,4 %, bei Praktikern 1o,6 %.

Eine größere Rolle spielt die Suizidalität mit 21,2% auch bei den von Ordnungsinstanzen untergebrachten Personen. Dazu zählen noch nicht jene Patienten, bei denen lediglich im Formblatt zur PsychKG-Unterbringung die Selbstgefährdung erwähnt ist.

2.5.4. Zusammenfassung und Erläuterung

Die Untersuchung der Diagnosestruktur verschiedener Patientengruppen stößt, wie wir bereits in der Einleitung ausgeführt haben, auf ein wesentliches Hindernis: die Uneinheitlichkeit in der Diagnosestellung von Arzt zu Arzt, Krankenhaus zu Krankenhaus, Land zu Land (PFLANZ, 1975; JAKUBASCHK u. WERNER, 1975; KENDELL, 1975). Divergierende Diagnosemuster können demnach einerseits durch eine unterschiedliche Verteilung der diagnostizierten Störungen, andererseits aber auch durch unterschiedliche Benennung gleicher Verhaltensweisen bedingt sein. Auf dem Hintergrund dieser Überlegung wollen wir nun die wichtigsten Ergebnisse dieses Kapitels zusammenfassen und mit denjenigen anderer Studien, die allerdings bei den Kliniken nicht von Einweisungsdiagnosen ausgehen, vergleichen.

(1) "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" sind die mit Abstand meistgenannten Einweisungsdiagnosen, gefolgt von "Schizophrenien" und bei ungefähr jeweils lo % der Klientel festgestellten "Medikamenten- und Drogenabhängigkeiten", "Affektiven Psychosen und nicht näher definierten Depressionen" und Altersstörungen.

Danach hält der sowohl von der Sachverständigenkommission für die Rheinischen Landeskrankenhäuser (Bericht ..., 1975) als auch von HEINRICH u. MÜLLER (1977) für Düsseldorfer psychiatrische Kliniken ermittelte Trend an, nachdem der Alkoholismus, dessen wahre Prävalenz in der BRD 1976 auf ca. 1,5 Millionen geschätzt wurde (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1976), schizophrene und altersbedingte Störungen von den ersten Rängen hinsichtlich der Hospitalisierungshäufigkeit verdrängt.

(2) Der Anteil "Affektiver Psychosen und nicht näher definierter Depressionen" sowie psychiatrischer Alterskrankheiten und schizophrener Störungen ist bei den Frauen größer als bei den Männern, die deutlich bei den Alkoholkrankheiten dominieren. Zu einem entsprechenden Ergebnis kamen auch DILLING u. WEYERER (1978) bei der Klientel des oberbayerischen Bezirkskrankenhauses Gabersee.

(3) Während lokale Differenzen verhältnismäßig geringfügig sind, unterscheidet sich die Diagnosestruktur von Erst- und Wiederaufnahmen in einigen Punkten erheblich. Die Rate alterskranker, suizidaler und neurotischer bzw. persönlichkeitsgestörter Patienten geht bei den Wiederaufnahmen zurück, während vor allem endogene Psychosen zunehmen.

Auch dies entspricht - allerdings wurde Suizidalität nur in Düsseldorf untersucht - den Verhältnissen in Oberbayern.

(4) Die Rangfolge der am stärksten vertretenen Diagnosen führen sowohl bei Sachinstanzen als auch bei Personalen und Ordnungsinstanzen "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" vor "Schizophrenien" an.

(5) Die Sachinstanzklientel verteilt sich am gleichmäßigsten über die Einweisungsdiagnosen. Besonders hoch liegt noch der Anteil der nicht-alkoholischen Suchten, der Alterskrankheiten und der Affektiven Psychosen einschließlich der Depressionen, die die Einweiser nicht genauer differenzierten.

(6) Nach den uns vorliegenden Angaben der Aufnahmeärzte, handelt es sich bei mehr als jedem zweiten Personale-Instanz-Patienten um eine Störung aus der Gruppe "Alkoholpsychosen und Alkoholismus". Damit ist der Alkoholikeranteil gut doppelt so hoch wie in den beiden anderen Instanzen. Neben den beiden Suchttypen und den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis spielen auch "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen"eine verhältnismäßig große Rolle.

(7) Im Vergleich zu den Sachinstanzen und Personalen Instanzen wird die Ordnungsinstanzklientel häufig unter den Diagnosen "Schizophrenie" und "Psychose" zugewiesen. Die Bezeichnung "Psychose" mag zwar die Hospitalisierung beschleunigen, "für die Erfassung des Krankseins kann der Terminus (ohne Deskription und Typisierung; d.V.) nichts beitragen" (KINDT, 1974, S. 462). Daneben wird den meisten Ordnungsinstanzpatienten zur

Unterbringung eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung bescheinigt.

(8) Ärzte für Allgemeinmedizin diagnostizierten bei jedem dritten von ihnen in die Rheinische Landesklinik Düsseldorf eingewiesenen Patienten eine Alkoholkrankheit, bei jedem fünften eine Altersstörung und bei ungefähr jedem zehnten "Medikamenten-und/oder Drogenabhängigkeit", "Affektive Psychosen oder nicht näher bezeichnete Depressionen" und "Schizophrenien".

Das Diagnosemuster der hospitalisierten Praktikerklientel unterscheidet sich damit grundlegend von der Verteilung psychischer Störungen in der gesamten Praxisklientel der Allgemeinmediziner, wo Persönlichkeitsstörungen und vor allem Neurosen bei mehr als zwei Dritteln der psychisch auffälligen Patienten angenommen werden und die oben genannten Aufnahmediagnosen unterrepräsentiert sind (ZINTL-WIEGAND et al., 1978).

(9) Auf den Überweisungsformularen der von Nervenärzten eingewiesenen Patienten findet sich zu 24,5 % die Diagnose "Schizophrenie". Alkoholkrankheiten folgen erst an dritter Stelle hinter "Affektiven Psychosen und nicht näher bezeichneter Depression" (9,2 % und 8,4 %). Bei mehr als lo % gehen die Ärzte für Psychiatrie und Neurologie von "Neurosen und/oder Persönlichkeitsstörungen" und "Psychischen Störungen des höheren Lebensalters" als dem Verhalten ihrer einzuweisenden Patienten angemessener Diagnose aus.

Gemessen an den Resultaten aus drei Praxisstudien in Hamburg (DEGKWITZ et al., 1973), Baden-Württemberg (SCHULTE, 1973) und Bayern (DILLING u. WEYERER, 1978) sind unter den Zuweisungen in

erster Linie "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" - Praxisanteil: jeweils mehr als 4o % der psychiatrischen Fälle -, aber auch "Affektive Psychosen" unterrepräsentiert. Demgegenüber überragt die Schizophrenie-, Alterskrankheiten- und Alkoholismusrate der hospitalisierten Klientel diejenige der Praxen um das mindestens Zwei-, Drei- bzw. Dreieinhalbfache.

(1o) Die Diagnosestruktur der Facharztaufnahmen fällt insbesondere durch eine große Zahl unspezifischer Angaben auf: je 9,3 % "Psychosen" und "Depressionen". Der Schizophreniewert von 4,7 % ist außerordentlich niedrig.

(11) Krankenhausärzte diagnostizierten bei ungefähr jedem vierten zugewiesenen Patienten eine Alkoholsucht, bei jedem sechsten eine andere Suchtform und bei jedem achten "Schizophrenie" und "Organisch bedingte psychische Störungen". Bei jedem fünften gaben sie ohne weiteren diagnostischen Befund Suizidalität an. Einschließlich der Fälle, wo die Selbstmordtendenz oder ein Selbstmordversuch im Zusammenhang mit einer anderen Diagnose erwähnt ist, machen suizidale Patienten ein Drittel aller Überweisungen von nicht psychiatrischen Krankenhäusern aus.

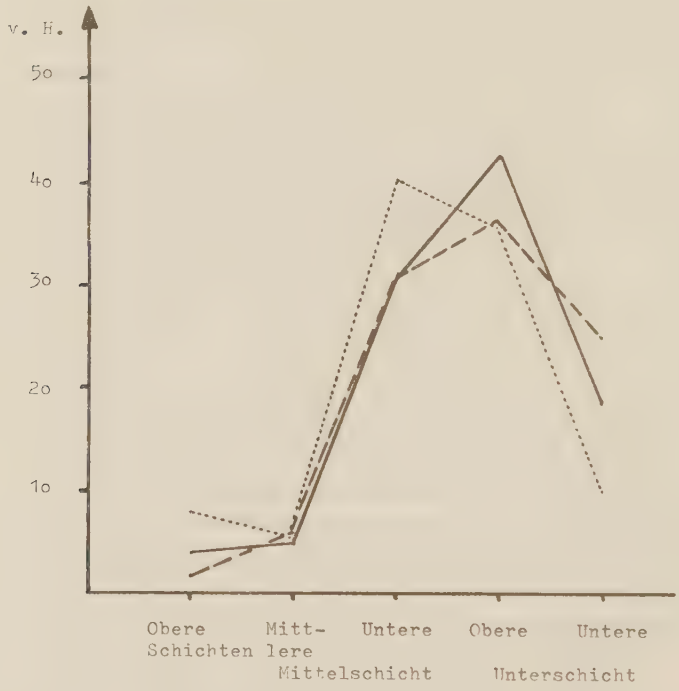
Wie bei den untersuchten niedergelassenen Ärzten sind "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" - 4o % der psychisch Auffälligen unter allen Allgemeinkrankenhauspatienten (SIEDE et al., 1975) - in der zugewiesenen psychiatrischen Klientel relativ selten vertreten, Alkoholiker aber überrepräsentiert. Etwa gleich hoch ist in beiden Gruppen der Anteil Alterskranker. Anders als bei den Praktikern und Nervenärzten liegt die Psychotikerrate der in die Rheinische Landesklinik auf-

genommenen Patienten niedriger, als es ihrem Anteil in der gesamten Allgemeinkrankenhausklientel entspräche, ebenso wie diejenige der Suizidpatienten. Nach SIEDE und Mitarbeitern wird nur knapp ein Drittel der Patienten nach einem Selbstmordversuch im Anschluß an die Behandlung im Allgemeinkrankenhaus nervenärztlich nachbetreut. Ein bisher ungenannter Aspekt kommt der Erwähnung von Suizidalität im Rahmen der Einweisung insofern zu, als damit auf die psychiatrische Klinik - ähnlich wie durch den Hinweis auf aggressives Verhalten - Druck in Richtung auf eine stationäre Aufnahme ausgeübt wird. Die konkrete Bedeutung dieses Faktors im Hinblick auf die uns vorliegenden Untersuchungsergebnisse können wir allerdings nicht abschätzen.

Wir stellen also auch in bezug auf den Faktor Diagnosestruktur der Zuweisungen zum Teil erhebliche Diskrepanzen zwischen einzelnen Einweisungsinstanzen fest. Zu der Ausgangsklientel bei den Instanzen bestehen - soweit entsprechende Vergleichsuntersuchungen vorliegen - ebenfalls deutliche Unterschiede. Die Konzentration bestimmter Krankheiten in den Krankenhäusern erfolgt bekanntlich auch bei somatischen Störungen. Wie wir im folgenden Kapitel noch zeigen werden, sind die in der psychiatrischen Klinik überrepräsentierten Diagnosegruppen jedoch nicht nur mit psychischen Symptomen, sondern auch mit sozioökonomischen Faktoren korreliert.

Abbildung 21:

Vergleich der sozialen Schichtung der Aufnahmeklientel mit einer Einweisungsdiagnose aus der Gruppe der "Schizophrenien" und der "Affektiven Psychosen und nicht näher definierten Depressionen".



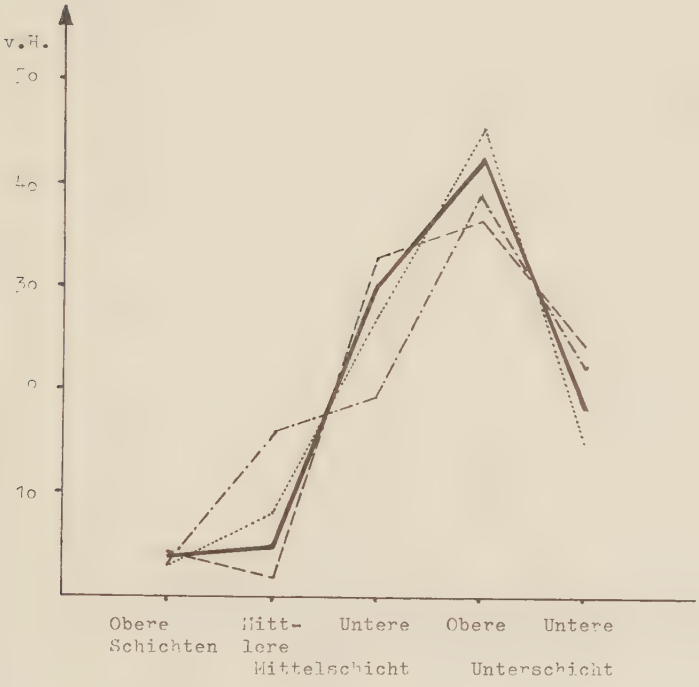
——— = Gesamtklientel

– – – = Schizophrenien

····· = Affektive Psychosen und nicht näher definierte Depressionen

Abbildung 22:

Vergleich der sozialen Schichtung der Aufnahmeklientel mit einer Hinweisungsdiagnose aus der Gruppe der "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen", der "Organisch bedingten psychischen Störungen" sowie der "Psychischen Störungen des höheren Lebensalters".



——— = Gesamtklientel
— — = Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
—·— = Organisch bedingte psychische Störungen
····· = Psychische Störungen des höheren Lebensalters

2.6. Einweisungsdiagnose und soziale Schicht

2.6.1. Einweisungsdiagnose und Schicht in der Gesamtklientel

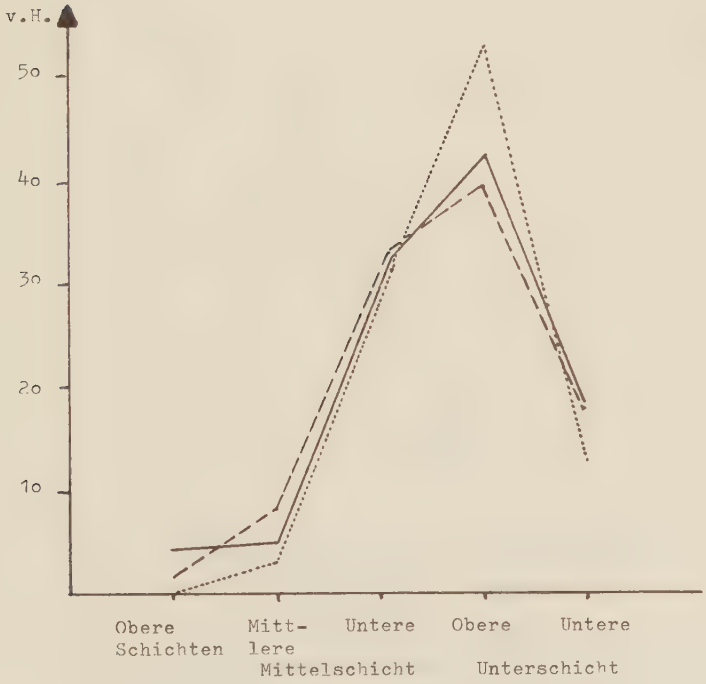
Wir schließen unsere Untersuchung über die Aufnahmen der Rheinischen Landesklinik - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf während des ersten Halbjahres 1976 ab mit einigen Ergebnissen über den Zusammenhang zwischen Einweisungsdiagnosen und Sozialstruktur der mit diesen Diagnosen eingewiesenen Klientel. Aufgrund der für diesen Zweck doch relativ geringen Stichprobenzahl verzichten wir weitgehend auf die in den vorigen Kapiteln vorgenommenen Differenzierungen.

Wegen der Stichprobenzahl werden wir auch nur auf 1o der 12 von uns unterschiedenen Diagnosegruppen näher eingehen (Tab. 33).

Die Aufnahmen aus der Gruppe "Affektive Psychosen und nicht näher gekennzeichnete Depression" weisen trotz eines höheren Anteils in der oberen Unterschicht die dem Bevölkerungsdurchschnitt ähnlichste Sozialstruktur auf und haben damit einen wesentlich höheren Sozialstatus als die übrige Klientel (Abb.21). Die Schichtung "schizophrener" Patienten weicht von derjenigen bei "Affektiven Psychosen" stark ab (chi^2=ßß; FG=11; p=o,ooooo). Mehr als doppelt so viele Einweisungen zählen zur unteren Unterschicht. Der Unterschichtanteil insgesamt entspricht mit um 61 % dem der Gesamtklientel wie auch dem der Aufnahmen mit "Psychischen Störungen des höheren Lebensalters", "Organisch bedingten psychischen Störungen" sowie "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" (Abb. 22). Wie bei den "Schizophrenien" gehört auch bei der letztgenannten Diagnose jeder vierte zur

Abbildung 27:

Vergleich der sozialen Schichtung der Aufnahmeklientel mit den Einweisungsdiagnosen "Selbstmord (Versuch, Tendenz)" und "Psychose" (ohne Spezifizierung).



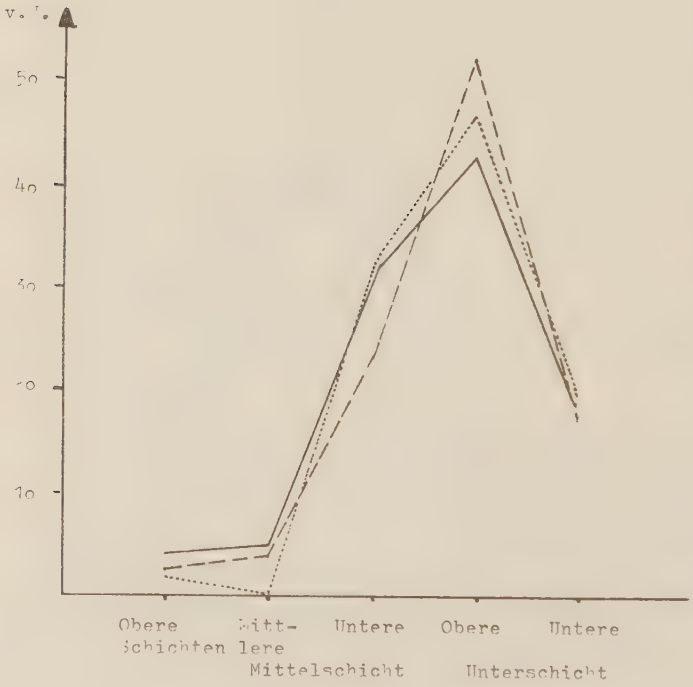
—— = Gesamtklientel

—— = Selbstmord (Versuch, Tendenz)

····· = Nicht näher bezeichnete Psychose

Abbildung 11:

Vergleich der sozialen Schichtung der Aufnahmeklientel mit einer Einweisungsdiagnose aus der Gruppe der "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" und der "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit".



——— = Gesamtklientel

– – – = Alkoholpsychosen und Alkoholismus

– · – · = Medikamenten- und Drogenabhängigkeit

unteren Unterschicht.

Dieses überraschende Resultat gilt nur für die Einweisungsdiagnosen. Patienten, die am Ende ihres Klinikaufenthaltes als neurotisch oder persönlichkeitsgestört bezeichnet werden, kommen wesentlich häufiger aus Ober- und Mittelschichten (Tab. 34). Aufnahmen, die lediglich unter Hinweis auf Suizidalität erfolgten, liegen in ihrer Verteilung über die Sozialschichten leicht über dem Niveau der Gesamtklientel (Abb. 23).

Die Klientel mit den drei letzten Einweisungsdiagnosen zeichnet sich durch eine besondere deutliche Überrepräsentation sozioökonomischer Grundschichten, und zwar in erster Linie der oberen Unterschicht aus. Es handelt sich um die Gruppen "Nicht näher definierte Psychosen" (Abb. 23), "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit" - auch hier verändert sich die Schichtstruktur bei den Enddiagnosen - und schließlich mit einer Unterschichtrate von knapp 7o % "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" (Abb. 24).

2.6.2. Einweisungsdiagnose und Schicht in der Instanzenklientel

Aus bereits genannten Gründen können wir einen Vergleich der Beziehung Einweisungsdiagnose - Sozialstruktur der Klientel über die Einweisungsinstanzen nur noch für "Schizophrenien" sowie "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" vornehmen.

Der Unterschichtanteil "schizophrener" Aufnahmen (Tab. 35) ist unter der Personale-Instanz-Klientel um 3 % geringer als unter Sach- und Ordnungsinstanzpatienten. Auch die Alkoholiker der Personalen Instanzen sind geringfügig höher geschichtet als die der beiden anderen Instanzen (Tab. 36).

Innerhalb der einzelnen Sachinstanzen liegt die

Alkoholismus-Unterschichtrate bei den Praktischen Ärzten unter dem Wert von um 7o % bei allen Alkoholismuszuweisungen, bei den Nervenärzten und Krankenhäusern etwa in gleicher Höhe und bei anderen Fachärzten weit über dem Vergleichswert (Tab. 37). Alle Angaben beruhen jedoch auf relativ kleinen Fallzahlen.

2.6.3. Zusammenfassung und Erläuterung

Die Beziehung Sozialstruktur-Diagnose differiert für einige Diagnosen je nachdem, ob es sich um die Einweisungs- oder Entlassungsdiagnose handelt.

Die Krankenhausstudien, deren Resultate wir unseren gegenüberstellen, berücksichtigen die Einweisungsdiagnosen nicht. Sie beziehen sich auf eine in der jeweiligen Klinik erhobene Diagnose.

(1) Die starke Überrepräsentation unterer Schichten in Düsseldorf, insbesondere aber der oberen Unterschicht, die wir unter den Patienten mit der Einweisungsdiagnose Sucht finden, ist in der Literatur bekannt (HOLLINGSHEAD u. REDLICH, 1958; FLEGEL u. SCHÜTT, 1967; WANKE, 1975; DILLING u. WEYERER, 1978). Aufgrund einer Felduntersuchung in Bremen zum Alkoholismusproblem (WIESER u. FEUERLEIN, 1976) könnte man annehmen, daß dies auch den Verhältnissen in der Bevölkerung ("wahre Prävalenz") entspricht. Allerdings ist die diagnostische Beurteilung auf der Basis eines Fragebogens problematisch.

(2) "Nicht näher definierte Psychosen" konzentrieren sich gleichfalls in der oberen Unterschicht.

(3) Dagegen ist die Sozialstruktur der "Schizophrenie-Einweisungen" in erster Linie durch einen hohen Untere-Unterschicht-Anteil gekennzeichnet. Auch

die inverse Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Schizophrenie in der hospitalisierten und ambulanten Klientel wurde vielfach beschrieben (HOLLINGSHEAD u. REDLICH, 1958; FLEGEL u. SCHÜTT, 1967; DOHRENWEND u. DOHRENWEND, 1969 dt. 1974; DILLING u. WEYERER, 1978).

Die weniger unterschichtzentrierte Verteilung von Patienten der Gruppe "Affektive Psychosen" fand sich bereits in der von Horst FLEGEL und Ulrich SCHÜTT (1967) durchgeführten Düsseldorfer Studie. In New Haven (HOLLINGSHEAD u. REDLICH, 1958) wurde nicht in ambulante und stationäre Aufnahmen unterteilt. Insgesamt zeigten die bevölkerungsbezogenen Raten affektiver Störungen den geringsten Anstieg in den unteren Schichten von allen Psychoseformen. DILLING u. WEYERER (1978) ermittelten in Oberbayern zwar eine im Verhältnis zur Schizophrenie günstigere Schichtverteilung für Affektive Psychosen in der Klientel niedergelassener Psychiater, nicht aber in der hospitalisierten Klientel.

(4) "Psychische Störungen des höheren Lebensalters", "Organisch bedingte psychische Störungen" sowie "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" wurden von den Einweisungsinstanzen jeweils zu ungefähr 61 % bei Unterschichtangehörigen diagnostiziert. Dabei überrascht sowohl gegenüber der New Haven Study als auch gegenüber der oberbayerischen Studie der hohe Untere-Unterschicht-Wert von 24,8 % bei Neurosen und Psychopathien.

(5) Ebenso ist der soziale Status der Suizidpatienten unterschichtbetont, ein Trend der bereits in den USA beobachtet wurde (WEISMAN et al., 1973).

(6) Die Frage, ob der Zusammenhang zwischen Schicht-

> struktur und Diagnose über die Instanzen konstant ist oder variiert, kann aus dem vorliegenden Material noch nicht beantwortet werden. Mit aller Vorsicht könnte man vermuten, daß die Verteilung bei "Schizophrenie"-Aufnahmen eher gleich bleibt, während die sozioökonomische Zusammensetzung als alkoholkrank bezeichneter Zuweisungen je nach Instanz zu schwanken scheint.

Die von uns referierten Ergebnisse lassen keine Schlüsse auf das Vorkommen bestimmter Störungen in der Gesamtbevölkerung oder einzelnen Gruppen der Bevölkerung zu. So wissen wir, daß der größte Teil neurotischer Patienten nicht hospitalisiert wird (HOLLINGSHEAD u. REDLICH, 1958; DILLING u. WEYERER, 1978), wobei im ärztlich dicht versorgten Gebiet der Rheinischen Landesklinik Düsseldorf wahrscheinlich wie in New Haven für neurotische Personen der Unterschicht ein höheres Hospitalisierungsrisiko besteht.

In Oberbayern und New Haven wurden psychotische Patienten wesentlich häufiger stationär behandelt. Wie bei den Neurosen war das Hospitalisierungsrisiko hier in beiden Gebieten für die sozioökonomischen Grundschichten höher als für andere Schichten.

Eine besonders deutlich inverse Korrelation zwischen Sozialstatus und Aufnahmefrequenz bestand - allerdings nur in New Haven - bei suchtkranken Patienten.

Ob statusspezifische Diagnostiziergewohnheiten der Ärzte die Unterschiede in der Schichtstruktur unter bestimmten Diagnosen eingewiesener Klientel bedingen ist zumindest umstritten (KIDD u. MACKIE, 1967; CROCETTI et al., 1967).

Auch ätiologische Abklärungen etwa im Sinne der "social-causation" oder "social-selection-Hypothese" sind aus dem uns vorliegenden Untersuchungsmaterial nicht möglich.

2.7. Resumee und Schlußfolgerungen

In den vorausgegangenen fünf Kapiteln haben wir einige epidemiologische und ökologische Aspekte zuweisender Instanzen und zugewiesener Klientel eines psychiatrischen Großkrankenhauses dargestellt.

Wir haben dabei die Einweisungsinstanzen entsprechend der MÜLLER'schen Definition nach Fachqualifikation und gesetzlicher Lizenz in Sachinstanzen, Personale Instanzen und Ordnungsinstanzen unterteilt. Die Bedeutung dieser Instanzen für die Struktur der Klinikklientel wollen wir nochmals zusammenhängend in den wesentlichen Punkten zusammenfassen.

Was die von uns gleichfalls gewissermaßen als sehr umfangreiches Nebenprodukt geleistete Untersuchung der Gesamtklientel betrifft, so verweisen wir nicht zuletzt aufgrund der Vielzahl von zu diesem Bereich vorliegenden Studien auf die Zusammenfassungen und Erläuterungen jeweils am Ende der einzelnen Kapitel.

(1) Sachinstanzen

Die als Sachinstanzen bezeichneten niedergelassenen oder angestellten Ärzte weisen zwei Drittel der Aufnahmen der Rheinischen Landesklinik zu. Ihr Anteil an allen Aufnahmen ist bei in Düsseldorf wohnenden Patienten, bei Erstaufnahmen und bei Frauen höher als bei "Auswärtigen", Wiederaufnahmen und Männern.

Die von Sachinstanzen zugewiesene Klientel ist bezüglich ihrer Sozialstruktur gekennzeichnet durch eine deutliche Überrepräsentation vor allem der oberen, aber auch der unteren Unterschicht. Wie in allen Instanzen ist die Unterschichtrate insgesamt bei Frauen niedriger, jedoch übertrifft die weibliche Untere-Unterschicht-Rate bei den Sachinstan-

zen den entsprechenden männlichen Wert. Mit dem Patientenwohnsitz und der Aufnahmezahl ändert sich die soziale Schichtung nicht nennenswert.

Die von Sachinstanzen in die psychiatrische Klinik überwiesenen Patienten verteilen sich am gleichmässigsten über die Diagnosen, wenn auch hier Alkoholkrankheiten und Schizophrenien die mit Abstand meistgenannten Klassifikationen sind. Zu den quantitativ bedeutenden Diagnosen zählen noch die Gruppen "Affektive Psychosen und nicht näher bezeichnete Depression", "Psychische Störungen des höheren Lebensalters" sowie "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit".

(2) Einzelne Sachinstanzen

Die Rangfolge der Sachinstanzen mit den meisten Zuweisungen wird angeführt von den Ärzten für Psychiatrie und Neurologie mit einem Anteil von gut 2o % aller Aufnahmen, gefolgt von nicht psychiatrischen Krankenhäusern und Ärzten für Allgemeinmedizin. Andere Fachärzte und schließlich psychiatrische Kliniken bzw. die Poliklinik der Rheinischen Landesklinik sowie Gesundheitsämter weisen nur relativ wenige Personen ein.

Die genannten Differenzen in der Sachinstanzrate mit dem Geschlecht, dem Patientenwohnsitz und der Aufnahmezahl beruhen in erster Linie auf einem höheren Nervenarztanteil bei den Frauen und einem höheren Krankenhausanteil bei Düsseldorfern und Erstaufnahmen.

Die sowohl von ihrer Fachqualifikation als auch von ihrer Zuweisungsfunktion her wichtigste Instanz, die niedergelassenen Nervenärzte, orientieren sich in der Wahl des Praxisstandorts - so das Resultat einer

ökologisch genaueren Untersuchung des Stadtgebiets von Düsseldorf - nicht am Versorgungsbedarf zumindest der psychisch schwerer gestörten Bevölkerung.

Der durchschnittliche soziale Status der von Fachärzten, Krankenhäusern und vor allem Gesundheitsämtern eingewiesenen Personen liegt niedriger als derjenige bei Praktiker- und Nervenarztzuweisungen.

Unter den vier größten Sachinstanzen zeichnen sich die praktischen Ärzte durch vergleichsweise hohe Quoten von Zuweisungen unter den Einweisungsdiagnosen "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" und "Psychische Störungen des höheren Lebensalters" aus. Bei den von Nervenärzten geschickten Patienten verdrängen "Schizophrenien" und "Affektive Psychosen und nicht näher bezeichnete Depression" die Alkoholsucht aus der führenden Position. Daneben spielen "Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" eine verhältnismäßig bedeutende Rolle. Andere Fachärzte diagnostizierten bei ihren hospitalisierten Patienten wieder häufiger eine Alkoholkrankheit. Besonderes Kennzeichen der Facharztklientel ist aber der hohe Anteil vom einweisenden Arzt nicht spezifizierter "Psychosen" und "Depressionen". Die "Schizophrenierate" ist außerordentlich gering. Krankenhauszuweisungen erfolgen ebenfalls zu einem großen Teil mit einer "Alkoholdiagnose". Stärker als die dann folgenden Gruppen "Medikamenten- und Drogenabhängigkeit", "Schizophrenie" sowie "Organisch bedingte psychische Störungen" sind noch die Fälle vertreten, in denen die Krankenhausärzte lediglich Suizidalität beschreiben.

Addiert man zu den "reinen" Suizidpatienten jene, bei denen neben der Erwähnung eines Selbstmordversuchs bzw. einer Selbstmordtendenz eine weitere

diagnostische Klassifikation vorgenommen wurde, so findet sich in der Einweisungsdiagnose jeder dritten Krankenhaus-, jeder fünften Facharzt-, jeder achten Nervenarzt- und jeder zehnten Praktikerüberweisung ein Hinweis auf Suizidalität.

(3) Personale Instanzen

Personale Instanzen - definitionsgemäß der Patient selbst oder seine Verwandten bzw. Bekannten - weisen 15,6 % der Klientel der Rheinischen Landesklinik zu. Der Anteil auf diesem Weg hospitalisierter Personen ist bei den Frauen und den außerhalb der Landeshauptstadt wohnenden Patienten kleiner als bei Männern und Düsseldorfern. Gegenüber den Erstaufnahmen ist er bei den Wiederaufnahmen mehr als verdoppelt.

Bezüglich ihrer Verteilung über die Sozialschichten unterscheiden sich die Personale-Instanz-Zuweisungen deutlich von den anderen Patienten. Obere Schichten sind häufiger, die obere Unterschicht seltener repräsentiert, wodurch sich die Sozialstruktur derjenigen der Vergleichsbevölkerung nähert. Einen besonders hohen durchschnittlichen Sozialstatus haben Patientinnen; unter der auswärtigen Personale-Instanz-Klientel sind die oberen Schichten sogar gegenüber der Bevölkerung überrepräsentiert. Von den erstaufgenommenen Patienten gehört jeder zehnte der unteren Unterschicht an, von den wiederaufgenommenen mehr als jeder fünfte. Damit ist die untere Unterschicht bei Personale-Instanz-Wiederaufnahmen stärker vertreten als bei Sach- und Ordnungsinstanz-Wiederaufnahmen.

Im Diagnosespektrum dominieren mit 58,9 % "Alkoholpsychosen und Alkoholismus". Nicht einmal ein Drittel dieses Wertes erreichen "Schizophrenien", denen dann Medikamenten- und Drogenabhängigkeit" sowie

"Neurosen und Persönlichkeitsstörungen" als weitere häufig genannte Aufnahmediagnosen folgen.

(4) Ordnungsinstanzen

Ordnungsinstanzen - Ordnungsamt, Polizei und Gerichte- weisen ähnlich wie die Personalen Instanzen 15,7 % der Klientel zu. Eine höhere Rate finden wir bei Männern, bei auswärtigen Patienten und bei diesen vor allem unter den Erstaufnahmen.

Der Unterschicht-, vorwiegend der untere Unterschichtanteil der Ordnungsinstanzzuweisungen übertrifft den der Personale-Instanz- und, wenn auch weniger deutlich, den der Sachinstanzaufnahmen. Dies resultiert in erster Linie aus der Überrepräsentation sozioökonomischer Grundschichten in der männlichen und erstaufgenommenen Klientel. Unter den auswärtigen Patienten sind Unterschichtangehörige insgesamt stärker vertreten. In der unteren Unterschicht liegt jedoch der Düsseldorfer Anteil höher.

Was die Diagnosestruktur bei den untergebrachten Personen betrifft, so finden sich gegenüber dem Sachinstanzniveau leicht erhöhte Suchtquoten. Von allen drei Instanzen kommen die Ordnungsinstanzen auf die höchsten "Schizophrenie-" und "Psychosewerte". Die überdurchschnittliche Rate vom Einweiser nicht spezifierter Psychosen hängt vermutlich mit der Ausführung eines halbstandardisierten Bogens zusammen, den die begutachteten Ärzte im Rahmen der Unterbringung gemäß PsychKG ausfüllen. Die meisten Ordnungsinstanzpatienten werden nach diesem "Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)" zugewiesen. Voraussetzung ist eine vom Patienten ausgehende Gefahr für sich selbst und/oder seine Umgebung.

Bei einer Reihe von Untersuchungsergebnissen sind wir

in der Interpretation auf Grenzen gestoßen, die auf einem Mangel an zusammenhängenden Studien des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems, das alle professionell, halbprofessionell oder laienhaft mit psychiatrischen Fragestellungen beschäftigten Personen und Organisationen umfaßt, beruhen.

Erste Ansätze zu derartigen Studien sind durch die Ergänzung zahlreich vorhandener Untersuchungen über psychiatrische Kliniken um solche über das Vorkommen psychischer Störungen in Nervenarzt- und Allgemeinmedizinerpraxen sowie in Allgemeinkrankenhäusern bereits geleistet worden.

Als beispielhaft für die Bundesrepublik Deutschland muß die Arbeit des Sonderforschungsbereichs Psychiatrische Epidemiologie an der Universität Heidelberg und dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, dessen Leiter Heinz HÄFNER zusammen mit einer Vielzahl von Mitarbeitern in erster Linie für die allmähliche Annäherung des deutschen an den anglo-amerikanischen Forschungsstandard gesorgt hat, bezeichnet werden.

Aufgrund von Unterschieden in der Versorgungsstruktur einerseits und der Bevölkerungsstruktur andererseits dürfte jedoch gerade imHinblick auf die Zuweisungsfunktion einzelner Instanzen die Übertragbarkeit solcher Ergebnisse auf die Situation in anderen lokalen Einheiten trotz aller Parallelitäten eingeschränkt sein.

Zum Verständnis der hier vorgelegten Arbeit über die Einweisungsinstanzen und die von ihnen zugewiesene Klientel der Rheinischen Landesklinik - Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf wäre demnach eine Untersuchung des Vorfelds der Hospitalisierung im Einzugsgebiet dieser Klinik notwendig, um somit

schließlich eine größere Strecke des Weges einer Person bis zur stationären Aufnahme nachzeichnen zu können. Worin liegen nun die praktischen Konsequenzen einer "instanzenzentrierten" Analyse von Zuweisungsprozessen?

Gegenüber globalen Studien der psychiatrischen Klinikklientel erlaubt die Differenzierung der aufgenommenen Personen nach der jeweiligen Zuweisungsquelle bei ausreichender wissenschaftlicher Abklärung ein gezielteres und durch Schwerpunkte gekennzeichnetes Vorgehen gegen Faktoren, die entweder die "Patientenkarriere" negativ beeinflussen oder die "Deponiefunktion" (HEINRICH u. MÜLLER, 1977) psychiatrischer Großkrankenhäuser verstärken könnten.

Als Konsequenz der hier vorliegenden Untersuchung wären beispielsweise vermehrte Anstrengungen zur Senkung der hohen Rate zwangsweiser, den weiteren Verlauf der Therapie gefährdender Einweisungen aus Gebieten, die in größerer Entfernung zur Klinik liegen, denkbar und erforderlich.

Weiterhin wäre, was die Überrepräsentation der sozialen Grundschichten in der Klientel betrifft, vor allem eine genauere Auseinandersetzung mit der Zuweisungsfunktion von Fachärzten, Allgemeinkrankenhäusern, Gesundheitsämtern sowie von Ordnungsämtern, Polizei und Gerichten anzustreben.

Wir hielten ein wesentliches Ziel unserer Arbeit für erreicht, wenn sie das Interesse an einer breitflächigeren psychiatrisch-epidemiologischen Forschung geweckt und die Ablehnung kritisch-soziologischer Arbeit an den psychiatrischen Institutionen abzubauen geholfen hätte. Sicher wird die Epidemiologie aufwendiger, dafür aber auch effizienter werden. Diese Effizienz kommt letztlich dem Patienten zugute.

Anhang

Tabelle 1

Patienten nach Einweisungsinstanz, Wohnsitz und Geschlecht

Instanz	Patientenwohnsitz																	
	innerhalb Düsseldorfs						ausserhalb Düsseldorfs						zusammen					
	männl.		weibl.		Summe		männl.		weibl.		Summe		männl.		weibl.		Summe	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1o	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Sachinstanz	255	63,8	269	76,o	524	69,5	178	56,o	157	71,4	335	62,3	433	6o,3	426	74,2	859	66,5
Personale Instanz	78	19,5	53	15,o	131	17,4	5o	15,7	2o	9,1	7o	13,o	128	17,8	73	12,7	2o1	15,6
Ordnungsinstanz	56	14,0	26	7,3	82	1o,9	81	25,5	4o	18,2	121	22,5	137	19,1	66	11,5	2o3	15,7

Tabelle 2

Patienten nach Einweisungsinstanz, Wohnsitz und Aufnahmezahl

Instanz	Patientenwohnsitz											
	innerhalb Düsseldorfs				ausserhalb Düsseldorfs				zusammen			
	Erstaufnahme		Wiederaufnahme		Erstaufnahme		Wiederaufnahme		Erstaufnahme		Wiederaufnahme	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1o	11	12	13
Sachinstanz	3o7	76,4	217	61,6	202	62,5	133	61,9	5o9	70,2	35o	61,7
Personale Instanz	45	11,2	86	24,4	29	9,0	41	19,1	74	1o.2	127	22,4
Ordnungsinstanz	42	10,4	4o	11,4	88	27,2	33	15,3	13o	17,9	73	12,9

Tabelle 3

Patienten nach Einweisungsinstanz, Wohnsitz und Geschlecht

Instanz	Patientenwohnsitz								
	innerhalb Düsseldorfs			ausserhalb Düsseldorfs			zusammen		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nervenarzt	19,8	26,8	21,0	17,3	22,7	19,5	16,4	25,3	20,4
Allgemeinmediziner	14,3	15,0	14,6	12,6	18,6	15,1	13,5	16,4	14,8
andere Fachärzte	7,8	7,9	7,8	8,3	7,7	8,9	7,1	7,8	7,4
Krankenhäuser (nicht psychiatr)	19,3	19,5	19,4	12,6	10,5	11,7	16,3	16,0	16,2
Psychiatr. Klinik, Poliklinik	4,0	5,4	4,6	2,2	6,8	4,1	3,2	5,9	4,4
Gesundheitsamt	2,8	1,4	2,1	5,0	5,0	5,0	3,8	2,8	3,3
Patient, Verwandte, Freunde	19,5	15,0	17,4	15,7	9,1	13,0	17,8	12,7	15,6
Ordnungsamt, Polizei	10,3	7,0	8,9	21,7	17,3	19,9	15,5	11,0	13,5
Gericht	3,5	0,3	2,0	3,8	0,9	2,6	3,6	0,5	2,2
Nicht zuzuordnen	2,7	1,7	2,2	2,8	1,4	2,2	2,8	1,8	2,2
N=	400	394	754	318	220	538	718	574	1292

Erstaufgenommene Patienten nach Einweisungsinstanz, Wohnsitz und Geschlecht

Instanz	Patientenwohnsitz								
	innerhalb Düsseldorfs			ausserhalb Düsseldorfs			zusammen		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nervenarzt	15,8	27,5	21,1	15,6	23,7	18,9	15,8	25,9	20,1
Allgemeinmediziner	17,7	14,3	16,2	8,9	20,6	13,6	13,6	16,9	15,0
andere Fachärzte	9,1	9,3	9,2	5,7	7,6	6,5	7,5	8,6	8,0
Krankenhäuser (nicht psychiatr)	25,1	25,3	25,2	15,6	11,4	13,9	2o,6	19,5	20,1
Psychiatr. Klinik, Poliklinik	1,8	5,0	3,2	1,6	5,3	3,1	1,7	5,1	3,2
Gesundheitsamt	2,3	0,5	1,5	6,3	6,9	6,5	4,1	3,2	3,7
Patient, Verwandte, Freunde	12,7	9,3	11,2	11,5	5,3	9,0	12,1	7,7	10,2
Ordnungsamt, Polizei	7,7	7,7	7,7	27,6	17,6	23,5	17,0	11,8	14,8
Gericht	5,o	-	2,7	5,7	0,8	3,7	5,4	0,3	3,2
Nicht zuzuordnen	2,7	1,1	2,0	1,5	0,8	1,3	2,2	1,0	1,7
N=	22o	182	402	192	131	323	412	313	725

Tabelle 5

Wiederaufgenommene Patienten nach Einweisungsinstanz, Wohnsitz und Geschlecht

Einweisungsinstanz	Patientenwohnsitz								
	innerhalb Düsseldorfs			ausserhalb Düsseldorfs			zusammen		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nervenarzt	15,5	26,2	20,7	19,8	21,4	20,5	17,3	24,5	20,8
Allgemeinmediziner	10,0	15,7	12,8	18,3	15,7	17,2	13,4	15,7	14,5
andere Fachärzte	6,1	6,4	6,3	7,1	7,9	7,4	6,5	6,9	6,7
Krankenhäuser (nicht psychiatr.)	12,2	13,4	12,8	7,9	9,0	8,4	10,5	11,9	11,1
Psychiatr. Klinik, Poliklinik	6,7	5,8	6,3	3,2	9,0	5,6	5,2	6,9	6,0
Gesundheitsamt	3,3	2,3	2,8	3,2	2,2	2,8	3,3	2,3	2,8
Patient, Verwandte, Freunde	27,8	20,9	24,4	22,2	14,6	19,1	25,5	18,8	22,1
Fürsorgeamt, Polizei	13,9	6,4	10,2	12,7	16,9	14,4	13,4	9,9	11,8
Sonstige	1,7	0,6	1,1	0,8	1,1	0,9	1,3	0,8	1,1
Nicht zuzuordnen	2,8	2,3	2,6	4,8	2,2	3,7	3,6	2,3	3,0
Σ	180	172	352	126	89	215	306	261	567

Tabelle 7

Patienten nach Sozialschicht, Wohnsitz und Geschlecht

Schicht	Patientenwohnsitz								
	innerhalb Düsseldorfs			ausserhalb Düsseldorfs			zusammen		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obere Schichten	3,3	2,4	2,9	5,8	5,1	5,5	4,4	3,4	4,0
Mittlere Mittelschicht	2,8	6,0	4,2	3,o	10,2	5,7	2,9	7,6	4,8
Untere Mittelschicht	26,6	39,9	32,6	21,8	35,0	26,8	24,4	38,1	3o,2
Obere Unterschicht	48,7	30,9	40,7	50,7	35,6	45,0	49,6	32,6	42,5
Untere Unterschicht	18,6	20,8	19,6	18,7	14,1	17,0	18,7	18,3	18,5
N=	361	298	659	294	177	471	655	475	1130

Tabelle 8

Erstaufgenommene Patienten nach Sozialschicht, Wohnsitz und Geschlecht

Schicht	Patientenwohnsitz								
	innerhalb Düsseldorfs			ausserhalb Düsseldorfs			zusammen		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obere Schichten	2,7	1,5	2,2	7,5	5,1	6,7	5,0	3,0	4,2
Mittlere Mittelschicht	2,7	5,1	3,7	3,5	11,3	6,3	3,0	7,7	4,9
Untere Mittelschicht	26,0	42,6	33,0	21,4	35,1	26,3	23,8	39,5	30,0
Obere Unterschicht	50,5	30,9	42,3	48,5	35,1	43,7	49,6	32,6	42,9
Untere Unterschicht	18,1	19,9	18,8	19,1	13,4	17,0	18,6	17,2	18,0
N=	188	136	324	173	97	270	361	233	594

Tabelle 9

Wiederaufgenommene Patienten nach Sozialschicht, Wohnsitz und Geschlecht

Schicht	Patientenwohnsitz								
	innerhalb Düsseldorfs			ausserhalb Düsseldorfs			zusammen		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Obere Schichten	4,0	3,1	3,6	3,3	5,0	4,0	3,7	3,7	3,7
Mittlere Mittelschicht	2,9	6,8	4,8	2,5	8,7	5,0	2,7	7,4	4,9
Untere Mittelschicht	27,2	37,6	32,2	22,3	35,0	27,4	25,2	36,8	30,4
Obere Unterschicht	46,8	30,9	39,1	53,7	36,3	46,7	49,7	32,7	42,0
Untere Unterschicht	19,1	21,6	20,3	18,2	15,0	16,9	18,7	19,4	19,0
N=	173	162	335	121	80	201	294	242	536

Tabelle 10

Patienten nach Sozialschicht und Einweisungsinstanz

Schicht	Instanz		
	Sachinstanz	Personale Instanz	Ordnungsinstanz
1	2	3	4
Obere Schichten	3,3	8,8	0,5
Mittlere Mittelschicht	4,9	5,2	4,9
Untere Mittelschicht	30,2	31,1	30,6
Obere Unterschicht	44,1	36,8	41,0
Untere Unterschicht	17,5	18,1	23,0
N=	730	193	183

Tabelle 11

Patienten nach Sozialschicht, Einweisungsinstanz und Geschlecht

Schicht	Instanz					
	Sachinstanz		Personale Instanz		Ordnungsinstanz	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1	2	3	4	5	6	7
Obere Schichten	4,1	2,3	8,2	9,9	0,8	-
Mittlere Mittelschicht	2,8	7,4	2,5	9,9	4,0	7,0
Untere Mittelschicht	24,9	36,2	24,6	42,2	24,6	43,9
Obere Unterschicht	52,6	34,4	45,9	21,1	42,0	38,6
Untere Unterschicht	15,6	19,7	18,8	16,9	28,6	10,5
N=	390	340	122	71	126	57

Tabelle 12

Patienten nach Sozialschicht, Einweisungsinstanz und Wohnsitz innerhalb bzw. ausserhalb Düsseldorfs

Schicht	Instanz					
	Sachinstanz		Personale Instanz		Ordnungsinstanz	
	innerh.	außerh.	innerh.	außerh.	innerh.	ausserh.
1	2	3	4	5	6	7
Obere Schichter	2,2	4,9	4,7	16,7	1,4	-
Mittlere Mittelschicht	4,3	5,9	5,5	4,5	2,7	6,4
Untere Mittelschicht	32,0	27,3	34,7	24,2	37,8	25,7
Obere Unterschicht	43,5	45,1	35,4	39,4	31,1	47,7
Untere Unterschicht	18,0	16,8	19,7	15,2	27,0	20,2
N=	444	286	127	66	74	109

Tabelle 13

Patienten nach Sozialschicht, Einweisungsinstanz, Erst- und Wiederaufnahme

Schicht	Instanz					
	Sachinstanz		Personale Instanz		Ordnungsinstanz	
	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.
1	2	3	4	5	6	7
Obere Schichten	3,5	3,0	11,6	7,3	0,9	-
Mittlere Mittelschicht	4,5	5,5	7,3	4,0	5,3	4,4
Untere Mittelschicht	31,3	28,8	34,8	29,0	23,7	42,0
Obere Unterschicht	43,7	44,5	36,2	37,1	43,8	36,2
Untere Unterschicht	17,0	18,2	10,1	22,6	26,3	17,4
N=	400	330	69	124	114	69

Tabelle 14

Patienten nach Sozialschicht und einweisender Sachinstanz

Schicht	Instanz				
	Allgemeinmediziner	Nervenarzt	anderer Facharzt	Krankenhaus	Gesundheitsamt
1	2	3	4	5	6
Obere Schichten	2,5	3,9	2,6	3,9	2,7
Mittlere Mittelschicht	6,2	4,3	4,0	4,5	2,7
Untere Mittelschicht	31,7	32,7	26,7	25,7	21,6
Obere Unterschicht	47,2	41,4	48,0	46,4	40,6
Untere Unterschicht	12,4	17,7	18,7	19,5	32,4
N=	161	232	75	179	37

Tabelle 15

Patienten nach Sozialschicht, einweisender Sachinstanz und Geschlecht

Schicht	Instanz							
	Allgemeinmediziner		Nervenarzt		anderer Facharzt		Krankenhaus	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Obere Schichten	2,3	2,7	4,4	3,4	4,6	-	5,7	1,4
Mittlere Mittelschicht	-	13,3	3,5	5,0	-	9,4	5,7	2,7
Untere Mittelschicht	27,9	36,0	32,8	32,8	16,3	40,6	19,1	35,1
Obere Unterschicht	55,8	37,3	48,7	34,4	55,8	37,5	52,4	37,8
Untere Unterschicht	14,0	10,7	10,6	24,4	23,3	12,5	17,1	23,0
N=	86	75	113	119	43	32	105	74

Tabelle 16

Patienten nach Sozialschicht, einweisender Sachinstanz und Wohnsitz innerhalb bzw. ausserhalb Düsseldorfs

Schicht	Instanz							
	Allgemein-mediziner		Nervenarzt		anderer Facharzt		Kranken-haus	
	innerh.	außerh.	innerh.	außerh.	innerh.	außerh.	innerh.	außerh.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Obere Schichten	1,1	4,2	4,3	3,3	2,2	3,5	1,6	9,1
Mittlere Mittelschicht	3,3	9,8	5,7	2,2	4,4	3,5	4,0	5,4
Untere Mittelschicht	33,4	29,6	32,6	33,0	28,2	24,1	28,8	16,4
Obere Unterschicht	50,0	43,7	40,4	42,8	45,6	51,7	44,4	50,9
Untere Unterschicht	12,2	12,7	17,0	18,7	19,6	17,2	20,2	18,2
N=	90	71	141	91	46	29	124	55

Tabelle 17

Patienten nach Sozialschicht, einweisender Sachinstanz, Erst- und Wiederaufnahme

Schicht	Instanz							
	Allgemeinmediziner		Nervenarzt		anderer Facharzt		Krankenhaus	
	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Obere Schichten	1,2	3,9	4,2	2,5	2,4	3,0	4,2	3,3
Mittlere Mittelschicht	4,8	7,8	3,4	5,2	4,8	3,0	4,2	4,9
Untere Mittelschicht	36,9	28,0	33,9	31,6	28,6	24,3	24,6	27,9
Obere Unterschicht	44,0	50,6	43,2	39,5	45,2	51,5	47,5	44,2
Untere Unterschicht	13,1	11,7	15,3	20,2	19,0	18,2	19,5	19,7
N=	84	77	118	114	42	33	118	61

Tabelle 20: Patienten nach Einweisungsdiagnose, Wohnsitz und Geschlecht
(in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Patientenwohnsitz								
	innerhalb Düsseldorfs			ausserhalb Düsseldorfs			zusammen		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schizophrenien	10,9	18,3	14,5 (16,2)	16,0	20,3	17,7 (20,3)	13,2 (15,0)	19,1 (21,5)	15,9 (17,9)
Paranoide Syndrome	0,9	3,5	2,2 (2,4)	0,7	4,3	2,2 (3,1)	0,8 (1,5)	3,8 (4,2)	2,2 (2,8)
Affektive Psychosen	3,6	7,1	5,3 (5,8)	2,5	4,8	3,4 (5,3)	3,1 (3,3)	6,2 (7,0)	4,5 (5,0)
Organisch bedingte psych. Störungen	2,7	2,9	2,8 (5,6)	4,3	3,7	4,1 (7,1)	3,4 (7,3)	3,2 (5,0)	3,3 (6,2)
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	7,5	11,2	9,3 (10,6)	2,5	10,7	5,8 (7,3)	5,2 (6,0)	11,1 (13,1)	7,8 (9,2)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	3,6	5,1	4,3 (7,2)	4,8	5,3	4,9 (7,1)	4,1 (6,7)	5,2 (7,8)	4,6 (7,2)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	34,4	8,7	21,9 (28,0)	32,4	11,2	23,9 (31,8)	33,5 (41,9)	9,7 (14,5)	22,7 (29,6)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	5,4	6,8	6,1 (10,4)	7,8	5,9	7,1 (12,2)	6,5 (10,9)	6,4 (11,4)	6,5 (11,2)
Oligophrenie	1,5	0,3	0,9 (1,2)	1,1	2,2	1,5 (2,6)	1,3 (2,1)	1,0 (1,4)	1,2 (1,8)
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	6,0	8,4	7,2	4,6	2,2	3,6	5,4	6,0	5,7
Nicht näher bezeichnete Psychose	6,3	6,8	6,5	5,0	5,9	5,3	5,7	6,4	6,0
Nicht näher bezeichnete Depression	2,7	6,1	4,4	2,1	8,0	4,5	2,5	6,8	4,4
Sonstige (inkl. Kombinationen)	14,5	14,8	14,5	16,4	15,5	16,0	15,3	15,1	15,2
N=	332	311	643	281	187	468	613	498	1111

Tabelle 21: Patienten nach Einweisungsdiagnose, Aufnahmezahl und Geschlecht
(in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Erstaufgenommene Patienten			Wiederaufgenommene Patienten		
	männl.	weibl.	Summe	männl.	weibl.	Summe
1	2	3	4	5	6	7
Schizophrenien	10,2	12,2	11,1 (12,9)	17,4	28,3	22,3 (24,7)
Affektive Psychosen	2,0	5,3	3,4 (3,7)	4,7	7,6	6,0 (6,8)
Organisch bedingte psych. Störungen	3,7	2,4	3,1 (5,9)	3,1	4,2	3,6 (6,6)
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	7,3	18,2	12,2 (13,9)	2,3	1,4	1,9 (2,8)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	5,4	7,0	6,1 (8,4)	2,3	2,8	2,6 (5,5)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	31,8	8,4	21,4 (28,1)	35,7	11,3	24,7 (31,7)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	7,0	4,6	5,9 (9,8)	5,8	9,0	7,2 (13,0)
Nicht näher bezeichnete Psychose	4,2	5,9	5,0	7,8	7,1	7,4
Nicht näher bezeichnete Depression	1,7	7,0	4,1	3,5	6,6	4,9
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	7,0	8,4	7,6	3,1	2,8	3,0
Sonstige (inkl. Kombinationen)	19,7	20,8	20,1	14,3	18,9	16,4
N=	355	286	641	258	212	470

Tabelle 23: Patienten nach Einweisungsdiagnose und Einweisungsinstanz (in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Instanz		
	Sachinstanz	Personale Instanz	Ordnungsinstanz
1	2	3	4
Schizophrenien	15,3 (16,9)	14,5 (18,4)	19,4 (21,8)
Affektive Psychosen	5,5 (6,1)	3,2 (3,8)	1,2 (1,2)
Organisch bedingte psych. Störungen	4,1 (7,0)	1,3 (3,2)	1,8 (6,1)
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	1o,2 (12,0)	0,6 (o,6)	3,0 (3,6)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	5,1 (7,0)	3,8 (10,1)	3,0 (4,8)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	18,1 (24,2)	5o,6 (58,9)	18,8 (27,9)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	6,0 (1o,1)	7,0 (14,6)	7,9 (12,7)
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	6,3	1,3	6,7
Nicht näher bezeichnete Psychose	5,8	-	13,3
Nicht näher bezeichnete Depression	5,8	1,3	1,2
Sonstige (inkl. Kombinationen)	17,8	16,4	23,7
N=	782	158	165

Tabelle 24: Patienten nach Einweisungsdiagnose, Einweisungsinstanz und Geschlecht (in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Instanz					
	Sachinstanz		Personale Instanz		Ordnungsinstanz	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1	2	3	4	5	6	7
Schizophrenien	13,1 (14,6)	17,6 (19,4)	10,1 (12,8)	24,5 (30,6)	10,5 (17,4)	25,0 (30,4)
Affektive Psychosen	4,6 (4,9)	6,4 (7,4)	- -	10,2 (12,2)	0,9 (0,9)	1,8 (1,8)
Organisch bedingte psych. Störungen	4,6 (8,7)	3,6 (5,4)	0,9 (2,8)	2,0 (4,1)	1,8 (8,3)	1,8 (1,8)
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	7,5 (8,7)	13,0 (15,3)	- -	2,0 (2,0)	1,8 (1,8)	5,4 (7,1)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	5,1 (7,4)	5,1 (6,6)	0,9 (4,6)	10,2 (22,4)	3,7 (5,5)	1,8 (3,6)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	26,9 (35,6)	9,4 (12,8)	67,0 (71,6)	14,3 (30,6)	24,8 (35,8)	7,1 (12,5)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	5,7 (10,3)	6,4 (9,9)	8,3 (11,9)	4,1 (20,4)	7,4 (11,9)	8,9 (14,3)
Selbstmord (versuch, Tendenz)	5,9	6,6	1,8	-	6,4	7,1
Nicht näher bezeichnete Psychose	5,9	5,6	-	-	11,0	17,9
Nicht näher bezeichnete Depression	3,3	8,2	0,9	2,0	0,9	1,8
Sonstige (inkl. Kombinationen)	17,4	18,1	10,1	30,7	24,8	21,4
N=	390	392	109	49	109	56

Tabelle 25: Patienten nach Einweisungsdiagnose, Einweisungsinstanz und Wohnsitz innerhalb bzw. ausserhalb Düsseldorfs
(in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Instanz					
	Sachinstanz		Personale Instanz		Ordnungsinstanz	
	innerh.	außerh.	innerh.	außern.	innerh.	außern.
1	2	3	4	5	6	7
Schizophrenien	14,3 (15,4)	16,9 (19,2)	14,0 (17,8)	15,7 (19,6)	16,9 (18,6)	20,8 (23,6)
Affektive Psychosen	6,1 (6,5)	4,5 (5,5)	4,7 (5,6)	- -	- -	1,9 (1,9)
Organisch bedingte psych. Störungen	3,6 (6,8)	4,9 (7,5)	- (1,9)	3,9 (5,9)	1,7 (3,4)	1,9 (7,5)
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	11,4 (13,1)	8,4 (10,4)	0,9 (0,9)	- -	6,8 (6,8)	0,9 (1,9)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	4,9 6,)	5,5 (7,5)	3,8 (11,2)	3,9 (7,8)	1,7 (3,4)	3,8 (5,7)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	16,5 (22,2)	21,4 (27,3)	50,5 (58,9)	51,0 58,8)	18,6 (20,3)	18,9 (32,1)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	6,1 (9,9)	5,8 (10,4)	5,6 (14,0)	9,8 (15,7)	5,1 (6,8)	9,4 (16,0)
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	7,8	,0	,9	-	11,9	3,8
Nicht näher bezeichnete Psychose	6,1	5,2	-	-	22,0	8,5
Nicht näher bezeichnete Depression	5,	8,	1,9	-	-	1,9
Sonstige (inkl. Kombinationen)	18,	17,3	16,8	15,7	15,3	28,2
N	474	308	107	51	59	106

Tabelle 26: Patienten nach Einweisungsdiagnose, Einweisungsinstanz, Erst- und Wiederaufnahme (in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Instanz					
	Sachinstanz		Personale Instanz		Ordnungsinstanz	
	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.
1	2	3	4	5	6	7
Schizophrenien	10,5 (11,6)	22,5 (24,8)	6,7 (11,7)	19,4 (22,4)	15,6 (19,3)	26,8 (26,8)
Affektive Psychosen	4,5 (4,9)	6,7 (7,9)	1,7 (1,7)	4,1 (5,1)	- -	3,6 (3,6)
Organisch bedingte psych. Störungen	3,9 (6,4)	4,4 (7,9)	- (3,4)	2,0 (3,1)	1,8 (6,4)	1,8 (5,4)
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	15,2 (17,3)	2,9 (4,1)	1,7 (1,7)	- -	4,6 (5,5)	- -
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	6,2 (7,7)	3,5 (6,0)	8,3 (18,3)	1,0 (5,1)	4,6 (6,4)	- (1,8)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	18,6 (24,6)	17,5 (23,5)	50,0 (60,0)	51,0 (58,2)	18,3 (26,6)	19,6 (30,4)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	4,9 (8,1)	7,6 (13,0)	8,3 (20,0)	6,1 (11,2)	8,3 (11,0)	7,1 (16,1)
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	7,9	3,8	1,7	1,0	9,2	1,8
Nicht näher bezeichnete Psychose	4,3	7,9	-	-	11,0	17,9
Nicht näher bezeichnete Depression	5,6	6,0	-	2,0	-	3,6
Sonstige (inkl. Kombinationen)	18,4	16,8	21,6	13,4	26,6	17,8
N=	467	315	60	98	109	56

Tabelle 28: Patienten nach Einweisungsdiagnose und einweisender Sachinstanz (in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Instanz			
	Allgemeinmediziner	Nervenarzt	anderer Facharzt	Krankenhaus
1	2	3	4	5
Schizophrenien	7,2 (9,4)	23,7 (24,5)	4,7 (4,7)	10,7 (12,8)
Affektive Psychosen	5,0 (5,0)	8,4 (9,2)	3,5 (7,0)	2,1 (2,1)
Organisch bedingte psych. Störungen	2,8 (5,6)	3,2 (5,2)	5,8 (5,8)	5,9 (12,3)
Psych Störungen des höheren Lebensalters	17,2 (19,4)	8,8 (10,8)	11,6 (12,8)	4,8 (6,4)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	3,3 (4,4)	9,6 (12,9)	3,5 (5,8)	1,1 (1,6)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	30,6 (33,9)	9,6 (15,7)	24,4 (27,9)	16,6 (27,3)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	6,1 (9,4)	5,2 (8,0)	5,8 (8,1)	7,5 (16,6)
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	2,8	0,4	5,8	19,3
Nicht näher bezeichnete Psychose	7,2	6,4	9,3	2,7
NIcht näher bezeichnete Depression	5,6	8,4	9,3	2,1
Sonstige (inkl. Kombinationen)	12,2	16,3	16,3	27,2
N=	180	249	86	187

Tabelle 29: Patienten nach Einweisungsdiagnose, einweisender Sachinstanz und Geschlecht (in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Instanz							
	Allgemeinmediziner		Nervenarzt		anderer Facharzt		Krankenhaus	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Schizophrenien	7,7 (8,8)	6,7 (10,1)	20,9 (22,7)	25,9 (25,9)	- -	10,3 (10,3)	8,8 (11,8)	12,9 (14,1)
Affektive Psychosen	3,3 (3,3)	6,7 (6,7)	10,0 (10,0)	7,2 (8,6)	- (2,1)	7,7 (12,8)	2,0 (2,0)	2,4 (2,4)
Organisch bedingte psych. Störungen	2,2 (6,6)	3,4 (4,5)	4,5 (6,4)	2,2 (4,3)	4,3 (4,3)	7,7 (7,7)	5,9 (14,7)	5,9 (9,4)
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	15,4 (18,7)	19,1 (20,2)	2,7 (3,6)	13,7 (16,5)	14,9 (14,9)	7,7 (10,3)	3,9 (4,9)	5,9 (8,2)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	3,3 (4,4)	3,4 (4,5)	10,9 (16,4)	8,6 (10,1)	4,3 (8,4)	2,6 (5,1)	1,0 (1,0)	1,2 (2,4)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	42,8 (47,3)	18,0 (20,2)	16,4 (26,4)	4,3 (7,2)	34,0 (40,4)	12,8 (12,8)	23,5 (36,3)	8,2 (16,5)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	3,3 (7,7)	9,0 (11,2)	5,5 (8,2)	5,0 (7,9)	4,3 (8,5)	7,7 (7,7)	8,8 (17,6)	5,9 (15,3)
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	1,1	4,5	-	0,7	4,3	7,7	17,6	21,2
Nicht näher bezeichnete Psychose	6,6	7,9	7,3	5,8	10,6	7,7	1,0	4,7
Nicht näher bezeichnete Depression	1,1	10,1	5,5	10,8	6,4	12,8	2,0	2,4
Sonstige (inkl. Kombinationen)	13,2	11,2	16,3	15,8	16,9	15,3	25,5	29,3
N=	91	89	110	139	47	39	102	85

Tabelle 30: Patienten nach Einweisungsdiagnose, einweisender Sachinstanz und Wohnsitz innerhalb bzw. ausserhalb Düsseldorfs
(in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Instanz							
	Allgemeinmediziner		Nervenarzt		anderer Facharzt		Krankenhaus	
	innerh.	außerh.	innerh.	außerh.	innerh.	außerh.	innerh.	außerh.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Schizophrenien	4,8 (6,7)	10,5 (13,2)	24,2 (24,8)	22,9 (24,0)	6,1 (6,1)	2,7 (2,7)	10,0 (11,5)	12,3 (15,8)
Affektive Psychosen	5,8 (5,8)	4,0 (4,0)	10,5 (10,5)	5,2 (7,3)	4,1 (8,2)	2,7 (5,4)	2,3 (2,3)	1,8 (1,8)
Organisch bedingte psych. Störungen	2,9 (4,8)	2,6 (6,6)	3,9 (5,9)	2,1 (4,2)	- -	13,5 (13,5)	5,4 (12,3)	7,0 (12,3)
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	20,2 (24,0)	13,2 (13,2)	10,5 (11,1)	6,2 (10,4)	14,3 (16,3)	8,1 (8,1)	5,4 (6,9)	3,5 (5,3)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	2,9 (3,8)	4,0 (5,3)	8,5 (11,8)	11,5 (14,6)	4,1 (6,1)	2,7 (5,4)	1,5 (1,5)	- (1,8)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	26,0 (31,7)	36,9 (36,9)	8,5 (13,1)	11,5 (19,8)	22,5 (22,5)	27,1 (35,1)	13,9 (23,8)	22,8 (35,1)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	8,6 (12,5)	2,6 (5,3)	4,6 (7,8)	6,2 (8,3)	6,1 (6,1)	5,4 (10,8)	6,9 (13,8)	8,7 (22,8)
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	2,9	2,6	0,7	-	6,1	5,4	21,5	14,0
Nicht näher bezeichnete Psychose	5,8	9,2	6,5	6,2	12,3	5,4	3,8	-
Nicht näher bezeichnete Depression	4,8	6,6	9,2	7,3	10,2	8,1	1,5	3,5
Sonstige (inkl. Kombinationen)	15,3	7,8	12,9	20,9	14,2	18,9	27,8	26,4
N=	104	76	153	96	49	37	130	57

Tabelle 31: Patienten nach Einweisungsdiagnose, einweisender Sachinstanz, Erst- und Wiederaufnahme (in Klammern: Rate inkl. Kombinationsdiagnosen)

Diagnose	Instanz							
	Allgemeinmediziner		Nervenarzt		anderer Facharzt		Krankenhaus	
	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.	Erst.	Wieder.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Schizophrenien	3,8 (4,8)	11,9 (15,8)	13,7 (14,4)	36,4 (37,3)	- -	11,4 (11,4)	10,6 (11,4)	10,9 (16,4)
Affektive Psychosen	1,9 (1,9)	9,2 (9,2)	6,5 (6,5)	10,9 (12,7)	5,9 (9,8)	- (2,9)	2,3 (2,3)	1,8 (1,8)
Organisch bedingte psych. Störungen	- (2,9)	6,6 (9,2)	3,6 (4,3)	2,7 (6,4)	5,9 (5,9)	5,7 (5,7)	6,8 (12,1)	3,6 (12,7)
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	26,9 (29,8)	3,9 (5,3)	14,4 (16,5)	1,8 (3,6)	13,7 (15,7)	8,6 (8,6)	6,8 (8,3)	- (1,8)
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	2,9 (3,8)	3,9 (5,3)	14,4 (17,3)	3,6 (7,3)	2,0 (2,0)	5,7 (11,4)	1,5 (1,5)	- (1,8)
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	32,7 (36,5)	27,6 (30,3)	10,1 (16,5)	9,1 (14,5)	29,4 (31,4)	17,2 (22,9)	15,2 (23,5)	20,0 (36,4)
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	4,8 (8,7)	7,9 (10,5)	3,6 (5,0)	7,3 (11,8)	7,8 (7,8)	2,9 (8,6)	6,8 (12,9)	9,1 (25,5)
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	3,8	1,3	0,7	-	5,9	5,7	21,2	14,6
Nicht näher bezeichnete Psychose	5,8	9,2	5,7	7,3	3,9	17,1	2,3	3,6
Nicht näher bezeichnete Depression	5,8	5,3	9,3	7,3	7,8	11,4	1,5	3,6
Sonstige (inkl. Kombinationen)	11,6	13,2	18,0	13,6	17,7	14,3	25,0	32,8
N=	104	76	139	110	51	35	132	55

Tabelle 32

Rate der Patienten mit Hinweis auf Suizidalität in der Einweisungsdiagnose nach Einweisungsinstanz, Geschlecht, Wohnsitz innerhalb bzw. ausserhalb Düsseldorfs, Erst- und Wiederaufnahme

Instanz	Patienten						
	männl.	weibl.	innerh.	außerh.	Erst.	Wieder.	insgesamt
1	2	3	4	5	6	7	8
Personale Instanz	3,7	2,0	4,7	-	3,3	3,1	3,2
Ordnungs-instanz	21,1	21,4	23,7	19,8	22,9	17,9	21,2
Allgemein-mediziner	8,8	12,4	9,8	11,8	13,5	6,6	10,6
Nervenarzt	9,1	15,1	13,7	10,4	16,5	7,3	12,4
anderer Facharzt	14,9	28,2	20,4	21,6	21,6	20,0	20,9
Kranken-haus	27,5	41,2	33,8	33,3	34,8	30,9	33,7

Tabelle 33

Patienten nach Einweisungsdiagnose und Sozialschicht

Diagnose	Schicht					
	Obere Schichten	Mittlere Mittelschicht	Untere Mittelschicht	Obere Unterschicht	Untere Unterschicht	N=
1	2	3	4	5	6	7
Schizophrenien	1,8	6,1	30,9	36,4	24,8	165
Paranoide Syndrome	-	5,9	47,1	23,5	23,5	17
Affektive Psychosen	9,1	6,8	36,4	38,6	9,1	44
Organisch bedingte psych. Störungen	3,2	16,1	19,4	38,7	22,6	31
Psych. Störungen des höheren Lebensalters	3,0	9,1	27,3	45,5	15,1	33
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	4,1	2,0	32,7	36,7	24,5	49
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	2,8	4,0	23,5	52,2	17,5	251
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	1,7	-	32,8	46,5	19,0	58
Oligophrenie	-	-	-	42,9	57,1	7
Selbstmord (Versuch, Tendenz)	1,6	8,2	32,8	39,4	18,0	61
Nicht näher bezeichnete Psychose	-	3,2	30,7	53,2	12,9	62
Nicht näher bezeichnete Depression	6,7	4,4	44,5	33,3	11,1	45

Tabelle 34

Patienten nach Enddiagnose und Sozialschicht
(in Klammern: Differenz zur Rate bei der Einweisungsdiagnose; + = gegenüber der Einweisungsdiagnose um den angegebenen Betrag erhöhte Rate)

Diagnose	Schicht					
	Obere Schichten	Mittlere Mittelschicht	Untere Mittelschicht	Obere Unterschicht	Untere Unterschicht	N=
1	2	3	4	5	6	7
Schizophrenien	3,3 (+1,5)	5,2 (-0,9)	33,2 (+2,3)	40,3 (+3,9)	18,0 (-6,8)	211
Affektive Psychosen	13,9 (+4,8)	9,3 (+2,5)	32,6 (-3,8)	34,9 (-3,7)	9,3 (+0,2)	43
Organisch bedingte psych. Störungen	3,3 (+0,1)	13,3 (-2,8)	33,3 (+13,9)	30,0 (-8,7)	20,0 (-2,6)	30
Psych.Störungen des höheren Lebensalters	2,4 (-3,6)	7,3 (-1,8)	29,3 (+2,0)	41,5 (-4,0)	19,5 (+4,4)	41
Neurosen u. Persönlichkeitsstörungen	5,8 (+1,7)	7,0 (+5,0)	41,2 (+11,1)	31,4 (-5,3)	11,6 (-12,9)	86
Alkoholpsychosen und Alkoholismus	2,9 (+0,1)	2,6 (-1,1)	20,2 (-3,3)	56,8 (+4,6)	17,2 (-0,3)	273
Medikamenten- und Drogenabhängigkeit	1,8 (+0,1)	-	45,5 (+12,7)	34,5 (-12,0)	18,2 (-0,8)	55

Tabelle 35

Patienten mit der Einweisungsdiagnose "Schizophrenie" nach Sozialschicht und Einweisungsinstanz

Schicht	Instanz		
	Sachinstanz	Personale Instanz	Ordnungsinstanz
1	2	3	4
Obere Schichten	1,8	-	-
Mittlere Mittelschicht	4,4	13,6	6,9
Untere Mittelschicht	31,8	27,3	31,0
Obere Unterschicht	37,2	31,8	37,9
Untere Unterschicht	24,8	27,3	24,2
N=	113	22	29

Tabelle 36

Patienten mit der Einweisungsdiagnose "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" nach Sozialschicht und Einweisungsinstanz

Schicht	Instanz		
	Sachinstanz	Personale Instanz	Ordnungsinstanz
1	2	3	4
Obere Schichten	2,1	5,0	-
Mittlere Mittelschicht	5,7	1,2	3,3
Untere Mittelschicht	20,6	27,5	26,7
Obere Unterschicht	55,3	51,3	40,0
Untere Unterschicht	16,3	15,0	30,0
N=	1 41	80	30

Tabelle 37

Unterschichtanteile von Patienten mit der Einweisungsdiagnose "Alkoholpsychosen und Alkoholismus" nach einweisender Sachinstanz

	Allgemeinmediziner	Nervenarzt	andere Fachärzte	Krankenhaus
1	2	3	4	5
Unterschichtrate	63,3	72,0	89,5	73,3
von N=	49	25	19	30

Literaturverzeichnis

1. Ausubel, D.: Personality disorder is a disease. American Psychologist 16, 69-74 (1961). Dt. in: Keupp, H. (Hersg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse, München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 57-69 (1972)

2. Baier, H.: Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor. In: Mitscherlich,A., T.Brocher, O.v. Mering, K.Horn, (Hersg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln: Kiepenheuer und Witsch, 37-52 (1967)

3. Behrends, K.: Der Psychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf. In: Psychiatrie in Düsseldorf, Mitteilungsblatt des Rheinischen Landeskrankenhauses - Psychiatrische Klinik der Universität - und der Rheinischen Landesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Düsseldorf, 36-38 (1974)

4. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: Verlag Dr. Hans Heger 1975

5. Berndt, H.: Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen. Ein Bericht über ökologische und epidemiologische Forschungsergebnisse. Soziale Welt 19, 22-46 (1968)

6. Bockel, C., B. Dietrich: Der psychisch Kranke und sein Arzt. Eine Untersuchung zur Krankengeschichte und zum Krankenverhalten von Patienten einer psychiatrischen Poliklinik. Med. Diss., Universität Giessen 1976

7. Bolte, K.M.: Schichtung. In: König, R. (Hersg.): Soziologie. Neuausgabe, Frankfurt: Fischer, 266-277 (1967)

8. Bosch, G.: Zur Frage des Abbaus von Zwangseinweisungen. Der Nervenarzt 42, 65-74 (1971)

9. Bosch, G.: Zum Gewicht sozialer Faktoren bei Verlauf und Behandlung sozialer Faktoren bei Verlauf und Behandlung psychischer Krankheiten. In: Dörner,K., U. Plog (Hersg.): Sozialpsychiatrie, 2. Aufl., Neuwied und Berlin: Luchterhand Verlag, 21-39 (1973)

1o. Bottomore, Th.B.: Soziale Schichtung. In: König, R. (Hersg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 5, 2. Aufl., Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1-39 (1976)

11. Braun, R.N.: Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg (197o)

12. Brenner, M.H.: Economic Change and Mental Hospitalization: New York State, 191o-196o; Social Psychiatry 2, 18o-188 (1967)

13. Brockman, J., C. D'Ary: Correlates of Attitudinal Social Distance Towards the Mentally IU. A Review and Resurvey i Social Psychiatry 13, 69-77 (1978)

14. Callerie, B., L. Frighi: Social Psychiatry and Criteria of Normality; Social Psychiatry 1, 142-143 (1966)

15. Cooper, B.: Psychiatric Disorder in Hospital and General Practice; Social Psychiatry 1, 7-1o (1966). Dt. in: v. Cranach, M., A. Finzen: Sozialpsychiatrische Texte, Berlin: Springer, 152-165 (1972)

16. Cooper, B., H.G. Morgan: Epidemiologische Psychiatrie, München-Wien-Baltimore: Urban und Schwarzenberg (1977)

17. Crocette, G., H.R. Spiro, I. Siassi: Psychiatry and Social Class, Social Psychiatry 11, 99-1o5 (1976)

18. Degkwitz, R., K. Römer, W. Rudolph, P.W. Schulte: Die Verteilung psychiatrischer und neurologischer Krankheitsformen in Nervenarztpraxen und psychiatrischen Großkrankenhäusern, Spektrum 2, 114-115 (1973), zit. nach Dilling, H., S. Weyerer: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung. München-Wien-Baltimore: Urban und Schwarzenberg (1978)

19. Deppe, H.U.: Zur Soziologie des niedergelassenen Arztes. In: Hang, W.F. (Hersg.): Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen. Karlsruhe: Argument-Verlag, 71-87 (1976)

2o. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Die Suchtgefährdung in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. Alkohol, Medikamente, Tabak, Drogen. Hamm, 4 (1976), zit. nach Henkel, D., D. Roer: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD. In: Hang, W.F. (Hrsg.): Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen. Karlsruhe: Argument-Verlag, 148-189 (1976)

21. Deutsches Ärzteblatt, Heft 19, S. 1326 (1976)

22. Dilling, H.: Niedergelassene Nervenärzte in der psychiatrischen Versorgung, Nervenarzt, 48, 586-6o2 (1977)

23. Dilling, H., S. Weyerer: (a) Zur Behandlungsinzidenz und -prävalenz in drei Kreisen Oberbayerns. (b) Die ambulante Vor- und Nachbehandlung der stationären Patienten in den drei Landkreisen Berchtesgaden, Rosenheim und Traunstein. In: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bd. 2. Bonn: Verlag Dr. Hans Heger, 361-381 (a), 382-399 (b) (1975)

24. Dilling, H., S. Weyerer: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung . München-Wien-Baltimore: Urban und Schwarzenberg (1978)

25. Dilling, H., S. Weyerer, H. Lisson: Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte; Social Psychiatry 1o, 111-131 (1975)

26. Dilling, H., S. Weyerer und I. Enders: Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In: Häfner, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie. Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse, Berlin: Springer, 135-16o (1978)

27. Dörner, K., U. Plog (Hrsg.): Sozialpsychiatrie, 2. Aufl., Neuwied und Berlin: Luchterhand-Verlag (1973)

28. Dohrenwend, B.P., E. Chin-shong: Social status and Attitudes Toward Psychological Disorder. The Problem of Tolerance of Deviance; Amer. Sociol. Rev. 32, 417-433 (1967)

29. Dohrenwend, B.P., B.S. Dohrenwend: Social status and Psychological Disorder: A causal inquiry. New York-London-Sydney-Toronto: John Wiley and Sons 1969. Kapitel 2 und 11 dt. in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 137-155 und 263-277 (1974)

3o. Dunham, H.W.: City Core and Suburban Fringe: Distribution Patterns of Mental Illness. In: Plog, S.C., R.B. Edgerton (Eds.): New York: Holt, Rinehart and Winston, 337-363 (1969). Dt. in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München-Berlin-Wien- Urban und Schwarzenberg, 91-112 (1974)

31. Dunham, H.W.: Community and Schizophrenia: An Epidemiological analysis. Detroit: Wayne State University Press 1965. Kapitel 12 dt. (leicht gekürzt) in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 278-291 (1974)

32. Durkheim, E.: Le Suicide, Paris (1897)

33. Ellis, A.: Should some People be labeled Mentally IU. Journal of Consulting Psychology 31, 435-446 (1967). Dt. in: Keupp, H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 7o-92 (1972)

34. Faris, R.L., H.W. Dunham: Mental Disorder in Urban Areas. Chicago: University of Chicago Press (1939)

35. Feldman, H.: Einstellung zu psychisch Kranken - Ergebnisse und Probleme. In: Kisker, K.P., J.-E. Meyer, C. Müller, E. Stöm (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis. Bd. III. Berlin: Springer, 199-22o (1975)

36. v. Ferber, C.: Soziologie für Mediziner, Berlin: Springer (1975)

37. Flegel, H., U. Schütt: Psychiatrische Hospitalisierungsfrequenz und soziale Schichtung in Düsseldorf, Social Psychiatry 2, 39-42 (1967)

38. Gesundheitsbericht. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit. Bonn. Stuttgart: Kohlhammer (1971)

39. Giel, R.: Psychiatric Outpatient Services in a Dutch Province. Unveröffentlichtes Manuskript. Groningen 1973. Zit. nach: Dilling, H., S.Weyerer; Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung. München-Wien-Baltimore: Urban und Schwarzenberg (1978)

4o. Glatzel, J.: Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag (1978)

41. Gleiss, I., R. Seidel, H.H. Abholz: Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung, Frankfurt: Fischer (1973)

42. Goffman, E.: The Moral Career of the Mental Patient, Psychiatry 22, 123-142 (1959). Dt. gekürzt in: Keupp, H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 122-135 (1972)

43. Goldberg, D.P., B. Blackwell: Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. Brit. med. J. 2, 439-443 (197o)

44. Grunt, M.: Aspekte informeller Etikettierung und Sanktionierung psychisch abweichenden Verhaltens; Köln. Z. Soziol., Sozialpsychol. 25, 365-385 (1973)

45. Häfner, H.: Der Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie; Nervenarzt 42, 557-568 (1971)

46. Häfner, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie. Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse. Berlin-Heidelberg-New York: Springer (1978)

47. Häfner, H., A.C. Cesarino, M. Cesarino-Krantz: Konstanz und Variabilität klinisch psychiatrischer Diagnosen über sechs Jahrzehnte; Social Psychiatry 2, 14-25 (1967)

48. Häfner, H., H. Reimann, H. Immich, H. Martini: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965 (Vorläufige Mitteilung der bisher angefallenen Ergebnisse); Social Psychiatry 4, 126-135 (1969)

49. Häussler, S.: Die ärztliche Versorgung in der ersten Linie. In: Blohmke, M., K. Kisker, C. v. Ferber, H. Schäfer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin. Bd. III, Stuttgart: Enke- (1975/76)

5o. Heinrich, K., U. Müller: Psychiatrisch - soziologische Daten und Thesen zur Reform der Anstaltspsychiatrie als dem Kernstück der Psychiatriereform; Nervenarzt, 578-585 (1977)

51. Henkel, D., D. Roer: Häufigkeit, Sozialverteilung und Verursachung psychischer Störungen in der BRD. In: Hang, W.F. (Hersg.): Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen. Karlsruhe: Argument-Verlag (1976)

52. Hollingshead, A.B., F.C. Redlich: Social Class and Mental Illness: A Community Study; New York (1958)

53. Hummel, H.J., H. Kaupen-Haas, W. Kaupen: Die Überweisung von Patienten als Bestandteil des ärztlichen Interaktionssystems. In: Kaupen-Haas, H. (Hrsg.): Soziologische Probleme medizinischer Berufe. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag, 139-162 (1968)

54. Infas-Verbraucherstudie, Zwischenbericht von 1964, Tabelle 3.o3. Zit. nach Wilken, M.: Zur Epidemiologie und Ökologie psychischer Erkrankungen, unveröffentlichte Diplomarbeit, Köln (1972)

55. Jakubaschk, J., J. Werner: Die Abgrenzbarkeit psychiatrischer Diagnosen, Nervenarzt 46, 76-84 (1975)

56. Kendell, R.E.: The Role of Diagnosis in Psychiatry. Oxford-London-Edinburgh -Melbourne: Blackwell Scientific Publication (1975)

57. Keupp, H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse, München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, (1972 a)

58. Keupp, H.: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen, München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg (1972 b)

59. Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg (1974)

6o. Keupp, H.: Abweichung und Alltagsroutine. Die Labeling-Perspektive in Theorie und Praxis. Hamburg: Hoffmann und Campe (1976)

61. Kidd, C.B., R.E. Mackie: The Psychiatrist Factor in Case Register Data Interpretation; Social Psychiatry 2, 168-173 (1967)

62. Kindt, H.: Zur Entstehung und Entwicklung des Psychose-Begriffs; Fortschr. Neurol. Psychiat. 42, 453-464 (1974)

63. Kisker, K.P.: Medizin in der Kritik. Abgründe einer Krisen-Wissenschaft, Stuttgart: Enke (1971)

64. Kleining, G.: Soziale Mobilität in der Bundesrepublik Deutschland. Teil I: Klassenmobilität. Köln. Z. Soziol., Sozialpsychol. 27, 97-122 (1975); Teil II: Status - oder Prestige - Mobilität 27, 273-293 (1975)

65. Köhler, K.H., I. Meusers: Untersuchung des Krankengutes der Abteilung Psychohygiene des Gesundheitsamtes der Stadt Essen aus sozialpsychiatrischer Sicht; Öffentl. Gesundh.-Wesen 35, 343-349 (1973)

66. Kohn, M.L.: Class, Family and Schizophrenia. A Reformulation. In: Social Forces, University of North Carolina 5o, 295-3o4 (1972 a). Dt. in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 292-3o4 (1974)

67. Kohn, M.L.: Rejoinder to David Mechanic. In: Social Forces, University of North Carolina 5o, 31o-313 (1972 b). Dt. in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 313-318 (1974)

68. Laine, A., V. Lethinen Attitudes toward Mental Illness and their Relationship to Social Structure and Mental Hospital. Bed Utilization in Two Finnish Rural Communities; Social Psychiatry 8, 117-123 (1973)

69. Leighton, D.C., J.S. Harding, D.B. Macklin, A.M. Max Millan, A.H. Leighton: The Charakter of Danger. Psychiatric Symptoms in Selected Communities. The Stirling County Study of Psychiatric Disorder and Socio cultural Enviroument, Vd. III, New York: Basic Books (1963)

7o. Lethinen, V., E. Väisänen: Attitudes Towards Mental Illness and Utilization of Psychiatric Treatment; Social Psychiatry 13, 163-168 (1978)

71. Levy. L., L. Rowitz: The Spatial Distribution of Treated Mental Disorders in Chicago; Social Psychiatry 4, 1-11 (197o)

72. Levy, L., L. Rowitz: High and Low Rate Mental Hospital Utilization Areas in Chicago; Social Psychiatry 6, 2o-28 (1971)

73. Linsky, A.S.: Who shall be excluded: The Influence of Personal Attributes in Community Reaction to the Mentally Ill.; Social Psychiatry 11, 166-171 (197o)

74. Marx, R.: Psychiatrische Laien sehen ein psychiatrisches Großkrankenhaus. Grafenberg - eine totale Institution? Köln. Z. Soziol., Sozialpsychol. 25, 35o-364 (1973)

75. Mattheis, R.: Sozialpsychiatrischer Dienst in Berlin; öffentl. Gesundh.-Wesen 36, 745-751, (1974)

76. Mechanic, D.: Social Class and Schizophrenia: Some Requirements for a Plausible Theory of Social Influence; Social Forces University of North Caroline 5o, 3o5-3o9 (1972). Dt. in: Keupp, H. (Hersg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie, Empirie, Theorie, Praxis. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 3o5-312 (1974)

77. Mechanic, D.: Mental Health and Social Policy, New Yersey (USA): Prentice/Hall Inc. 1969. Dt. Psychiatrische Versorgung und Sozialpolitik. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg (1975)

78. Mezey, A.G., E. Evans: Psychiatric Admission from North London, Related to Demographic and Ecological Charakteristics; Brit. J. Psychiat. 117, 187-193 (197o)

79. Mezey, A.G., J.M. Kellett: Reasons against Referal to the Psychiatrist; Postgraduate Journal 47, 315-319 (1971)

8o. Mezey, A.G., I.A. Syed: Psychiatric Illness and Attitudes to Psychiatry among General Hospital Out-Patients; Social Psychiatry 1o, 133-138 (1975)

81. Michaelis, W.-D.; Die Verteilung psychischer Erkrankungen in Köln. Eine ökologische Untersuchung unter Einbeziehung der Differenzierung nach geographischen Merkmalen. Hannover: Med. Diss. (1973)

82. Michaelis, W.-D.: Methoden und Ergebnisse psychiatrischer Ökologie. In: Dörner, K., U. Plog (Hrsg.): Sozialpsychiatrie, 2. Aufl., Neuwied und Berlin: Luchterhand-Verlag, 77-88 (1973)

83. Mitscherlich, A., T. Brocher, O.v. Mering, K. Horn (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln: Kiepenheuer u. Witsch (1967)

84. Moore, H., G. Kleining: Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Köln. Z. Soziol., Sozialpsychol. 12, 86-119 (196o)

85. Müller, U., M. Buscher: Ecological aspects of the referal instances for psychiatric in patients. Vortrag auf dem: European Symposion on Social-Psychiatry, Central Institute of Mental Health, Mannheim 28.-3o. March 1977

86. Müller, U., J. Tegeler, K. Heinrich: Psychiatrische Aufnahmeklientel und städtischer Siedlungsraum. In: Kranz, H., K. Heinrich: Bilanz und Ausblick der Anstaltspsychiatrie, Stuttgart-New York: Schattauer, 41-63 (1977)

87. Mütze, B.: Zur gegenwärtigen Situation und künftigen Versorgung psychiatrisch kranker Rechtsbrecher in den Rheinischen Landeskrankenhäusern, Med. Diss., Universität Düsseldorf (1976)

88. Ödegard, Ö.: Hospitalized Psychoses in Norway: Tine Trends 1926-1965; Social Psychiatry 5, 53-58 (1971)

89. Ödegard, Ö.: Die Epidemiologie der Psychosen, Nervenarzt 42, 569-575 (1971)

9o. Ödegard, Ö.: Social and Ecological Factors in the Etiology, Outcome, Treatment and Prevention of Mental Disorders. In: Kisker, K.P., J.-E. Meyer, C. Müller, E. Stömgren (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Bd.III, Berlin: Springer, 151-198 (1975)

91. Ott, B.: Wandlungen im Krankengut einer nervenärztlichen Praxis; Nervenarzt 45, 482-485 (1974)

92. Parow, E.: Psychotisches Verhalten und Umwelt. Eine sozialpsychologische Untersuchung. Frankfurt: Suhrkamp (1972)

93. Parsons, T.: Social Structure and Personality. The Free Press, Macmillan Publishing Co., Inc. 1964. Dt.: Sozialstruktur und Persönlichkeit, 2. Aufl., Frankfurt a.m.: Fachbuchhandlung für Psychologie, Verl. Abt. (1977)

94. Paul, H.A., H. Stirn: Die fachärztliche Versorgung. In: Blohmke, M., C.v.Ferber, K.P. Kisker, H. Schäfer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin. Bd. III; Stuttgart: Enke (1975/76)

95. Pflanz, M.: Gesundheitsverhalten. In: Mitscherlich, A., T. Brocher, O.v. Mering, K. Horn (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln: Kiepenheuer und Witsch, 283 - 289 (1967)

96. Pflanz, M.: Allgemeine Epidemiologie. Aufgaben, Technik, Methoden; Stuttgart: Thieme (1973)

97. Pflanz, M.: Die soziale Dimension in der Medizin; Stuttgart: Hippokrates 1975

98. Pflanz, M., M. Pinding, A.K.-W. Armbrüster, M. Török: Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten. In: Mitscherlich,A., T. Brocher, O. v. Mering, K. Horn (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln: Kiepenheuer und Witsch, 29o - 3o3 (1967)

99. Pritchard. M.: Who sees a Psychiatrist? A Study of Factors Related to Psychiatric Referral in the General Hospital; Postgrad. Med. J. 48, 645 - 651 (1972)

100. Redlich, F.C., D. Freedman: Theorie und Praxis der Psychiatrie; Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1976. Original: The Theory and Practice of Psychiatry (1966)

101. Reimann, H.: Die Gesellschaft und der Geisteskranke; Social Psychiatry 4, 87-94 (1969)

102. Rüther, W.: Soziale Determinanten der "Produktion und Weiterverarbeitung" von LKH-Patienten und ihre sozialen Folgen. Köln.Z. Soziol., Sozialpsychol. 25, 286-298 (1973)

103. Sarbin, T.R.: On the Futility of the Proposition that some People be Labeled "Mentally Ill", Journal of Consulting Psychology 31, 447-453 (1967). Dt. in: Keupp, H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse, München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 93-108 (1972)

104. Schäfer, H.: Vorwort zu: Blohmke, M. (Hrsg.): Praktischer Arzt und Sozialmedizin; Stuttgart: A.W. Genter-Verlag (1968)

104. Scheff, T.S.: The Role of the Mentally Ill and the Dynamics of Mental Disorders: A research framework, Sociometry 26, 436-453 (1963). Dt. in: Keupp, H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse; München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 136-156 (1972)

105. Schneider, P.-B., G.C. Cristoni, P. Baron, J.-P. Schellhorn: Contribution á l'étude des problèmes de la psychiatrie ambulatoire; Social Psychiatry 2, 51-65 (1967)

1o6. Schneider, P.B., G.C. Cristoni, P. Guikem, S. Ferraresi, J.-P. Schellhorn: Contribution á l'étude de la psychiatrie ambulatoire. IIe Partie. Comperaisons á l'interieur de la cliéntéle d'un service ambulatoire; Social Psychiatry 5, 128-154 (197o)

1o7. Schulte, P.W.: Die Verteilung depressiver Krankheitsbilder in Nervenarztpraxen und in psychiatrischen Krankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung des höheren Lebensalters. Z. Gerontologie 6, 458-465 (1973). Zit. nach: Dilling H., S. Weyerer: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrische Versorgung; München-Wien-Baltimore: Urban und Schwarzenberg (1978)

1o8. Schulte, W., R. Tölle: Psychiatrie. 3. Aufl.; Berlin-Heidelberg-New York: Springer (1975)

1o9. Schwab, J.J.: The Psychiatric Consultation: Problems with Referral; Diseases of the Nervons System 32, 447-452 (1971)

11o. Shepherd, M.: Epidemiologische Psychiatrie. In: Kisker, K.P., J.-E. Meyer, C. Müller, E. Stömgren (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis. Bd. III; Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 119-15o (1975)

111. Shepherd, M., B. Cooper, A.C. Brown, G.W. Kalton: Psychiatric Illness in General Practice. London: Oxford University Press (1971)

112. Siede, H., R. Lindner, K. Wollbrink: Untersuchung über die Größenordnung von psychischen Störungen und die Versorgung von psychisch Kranken in Allgemeinkrankenhäusern (internistische und chirurgische Abteilungen).

In: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bd. 2. Bonn: Verlag Dr. Hans Heger, 48o-487 (1975)

113. Siegrist, J.: Lehrbuch der medizinischen Soziologie, 2. Aufl.; München: Urban und Schwarzenberg (1975)

114. Srole, L., T.S. Langner, S.T. Michael, Th.A. Rennie: Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhatton Study. New York: Mc Craw Hill 1962. Kap. 1o (gekürzt) dt. in: Keupp, H. (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis; München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 66-9o (1974)

115. Strotzka, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie, 2. Aufl.; Hamburg: Rowohlt (1972)

116. Strotzka, H., I. Leitner, G. Czerwenka-Wenkstetten, S.R. Graupe: Sozialpsychiatrische Feldstudie über eine ländliche Allgemeinpraxis; Social Psychiatry 1, 83-87 (1966)

117. Stumme, W.: Zur Relevanz eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas; Köln.Z. Soziol., Sozialpsychol. 25, 386-4o2 (1973)

118. Szasz, T.S.: The Myth of Mental Illness; American Psychologist 15, 113-118 (196o). Dt. in: Keupp,H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse; München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg, 44-56 (1972)

12o. Szasz, T.S.: The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct; New York: Harper and Row 1961. Dt. in: Geisteskrankheit - ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens, Olten: Walter (1972)

121: Wanke, K.: Aktuelle Erfassung der derzeitigen Erscheinungsformen von Sucht und Mißbrauch in stationären Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland. In: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland- zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bd. 2; Bonn: Verlag Dr. Hans Heger, 488-5o5 (1975)

122. Weisman, M.M., E.S. Paykel, N. French, H.Mark, K. Fox, B. Prusoff: Suicide Attempts in an Urban Community, 1955 and 197o; Social Psychiatry 8, 82-91 (1973)

123. Welz, R.: Probleme der Verwendung von Kollektiv- und Individualdaten im Rahmen der psychiatrisch-epidemiologischen Forschung; Social Psychiatry 1o, 189-198 (1975)

124. Weßel-Axer, U.: Aufgabe und Funktion von Gesundheitsämtern im Verbund mit einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. In: Reimer, F. (Hrsg.): Krankenhauspsychiatrie ein Leitfaden für die praktische Arbeit; Stuttgart, New Yoek: Fischer 186-189 (1977)

125. Wieber, St., W. Feuerlein: Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit) im Bundesland Bremen; Fortschr. Neurol. Psychiat. 44, 447-461 (1976)

126. Wilken, M.: Zur Epidemiologie und Ökologie psychischer Erkrankungen, unveröffentlichte Diplomarbeit, Köln 1972

127. Wing, L., J.K. Wing, A. Hailey, A.K. Bahn, H.E. Smith, J.A. Baldwin: The Use of Psychiatric Services in Three Urban Areas: An International Case Register Study; Social Psychiatry 2, 158-167 (1967)

128. Wulff, E.: Kritische Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik. In: Dörner, K., U. Plog (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. 2. Aufl. Neuwied und Berlin: Luchterhand Verlag, 137-148 (1973)

129. Zintl-Wiegand, A., Ch. Schmidt-Maushart, R. Leisner, B. Cooper: Psychische Erkrankungen in Allgemeinpraxen. Eine klinische und epidemiologische Untersuchung. In: Häfner, H. (Hrsg.): Psychiatrische Epidemiologie. Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse; Berlin: Springer, 111-133 (1978)

LEBENSLAUF

24. 12. 54	in Dormagen als erster Sohn des Arztes Dr. med. Wilhelm Buscher und seiner Frau Walburga Buscher geb. Schumacher geboren
1961 - 65	Kath. Volksschule Nievenheim
1965 - 73	Staatl. Quirinus-Gymnasium Neuss
1973 - 74	Studium der Diplom-Pädagogik an der Universität Köln
1974 - 8o	Studium der Medizin an der Universität Düsseldorf
seit 198o	Assistenzarzt an der Rheinischen Landesklinik - Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie - Viersen (Leitung: Prof. Dr. G. Bosch, Fr. Dr. Färber)